

**РЕФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РОССИЯ: ИСТОРИЯ, СОСТОЯНИЕ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Подготовлено Александром Телюковым

Предоставлено программой *ЗдравРеформ*:
AID/ENI/HR/HP

AID Contract No. CCN-0004-C-00-4023-00
Под руководством Абт Ассоусиетс Инк.
Офисы в: г. Бетезда, штат Мериленд,
Москва, Россия, Алматы, Казахстан, Киев, Украина

СОДЕРЖАНИЕ

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	8
1. ОБЩАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА	10
1.1 Социально-экономическая среда	10
1.2 Историческая основа реформ здравоохранения	12
2. ДИСБАЛАНСЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДЕЙСТВУЮЩЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.....	14
3. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РАСПРЕДЕЛЕНИЮ РЕСУРСОВ.....	20
3.1 Подушевое финансирование с поправкой на фактор риска	21
3.2. Финансовые имитационные модели, укрепляющие устойчивость ОМС	22
3.2.1 Прогноз доходов	23
3.2.2 Прогноз затрат	24
3.3 Практическое применение подхода Кемеровской области и Алтайского края	25
3.3.1 Базовый сценарий.....	25
3.3.2 Сценарий минимизации затрат	26
4. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ ЗАТРАТ.....	30
5. ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗАТРАТ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	33
5.1 Эксперименты 80-х годов.....	34
5.2 Модели, подвергаемые проверке в настоящий момент	37
5.2.1 Частичное фондодержание с элементами бесплатной медицинской помощи	38
5.2.2 Полное фондодержание	40
5.3 Подушевые нормативы для фондодержащих поликлиник	40
5.3.1 Полное фондодержание.....	41
5.3.2 Частичное фондодержание	41
5.4 Альтернативные методы разбивки больничных счетов.....	41
6. БУДУЩИЕ РЕФОРМЫ: ПРИОРИТЕТЫ И КОНЦЕПЦИИ, КАКИМИ ОНИ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В КЕМЕРОВО.....	43
6.1 Укрепление координации между пайщиками	44
6.2 Интегрированные системы здравоохранения	49
6.2.1 Основная характеристика предлагаемого эксперимента по введению ИСЗ и возможные последствия	50
6.2.2 Предпосылки для введения ИСЗ	53
6.2.3 Интегрирование различных типов лечебной помощи.	56
6.2.4 Предлагаемая модель фондодержания	58
6.2.5 Финансирование стационарной помощи	61
6.2.6 Оплата лечебных учреждений на стороне	65
6.2.7. Заключение контрактов и обсуждение условий.....	66
6.2.8 Условия разделения риска	68
6.2.9 Стимулы повышения производительности и качества	68
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	70

ПРИЛОЖЕНИЕ: ОБЗОР РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: СПРАВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОПЫТА КЕМЕРОВО	72
БИБЛИОГРАФИЯ	79

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ

В конце 1980х годов для проведения эксперимента по внедрению основанных на поощрении качества методов оплаты производителям медицинских услуг в качестве средства укрепления системы первичной медицинской помощи, расширения возможности выбора для пациента и обеспечения удовлетворенности производителей медицинских услуг, одна из наиболее сильных промышленных областей России, Кемеровская область, была избрана в качестве базовой модели. К началу 1990 годов реформаторы Кемерово стали основными игроками в исследовании механизмов альтернативных методов оплаты как составной части перехода российской системы здравоохранения в сторону обязательного медицинского страхования. В данной работе по изучению опыта излагается концепция и подходы разработанной в Кемерово реформы финансирования системы оказания медицинской помощи. К сожалению мы располагаем ограниченным числом документов, свидетельствующих о том, насколько широко эти реформы были на самом деле внедрены на практику и каковы их результаты. Данная работа заканчивается кратким изложением модели финансирования здравоохранения, предложенной командой реформаторов и основанной на выводах, полученных в результате проведения первоначальных экспериментов; однако данная модель до сих пор находится на заключительной стадии обсуждения и апробации.

В 1993 году в России вступил в силу закон об обязательном медицинском страховании. На основании этого закона все население России имело право на покрытие расходов по медицинскому обслуживанию из двух источников: целевых вычетов из фондов заработной платы работодателей на покрытие медицинских расходов их персонала, а также из внутрибюджетных страховых премий, которые идут на покрытие медицинских расходов сотрудников государственных предприятий и учреждений, а также неработающего населения. Взносы из этих двух источников должны были объединяться в новый единый территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), из которого аккредитованные медицинские учреждения получали бы оплату за оказание медицинских услуг населению. В реальности же из-за того, что территориальным ФОМСам не удалось “выбить” необходимые фонды из областных управлений здравоохранения, которые в большинстве областей составляли большую часть всех фондов, попытки реструктуризации системы предоставления медицинских услуг через проведение финансовых реформ резко ослабли. По этой самой причине в России проведение реформы путем введения медицинского страхования не только не привело к улучшению финансового состояния сектора здравоохранения в целом, но и не позволило исправить структурные искривления самой системы здравоохранения.

В Кемерово, как раз наоборот, финансовые реформы были запроектированы таким образом, чтобы они способствовали более агрессивной концентрации и последующему выделению соответствующих фондов. Например, в Кемерово, чтобы заставить областных начальников выделить областные средства районам и городам и уже из районных фондов - страхователям, была введена т.н формула взвешенного подушного финансирования (когда в качестве переменных величин принимаются такие факторы, как возраст, пол и предшествующие издержки). Кемеровские исследователи проблем здравоохранения в содружестве с реформаторами Алтайского края направили все усилия на укрепление финансовой состоятельности ФОМСов, разработав такую финансовую модель, которая бы напоминала бюджеты территориальных ФОМСов, где на одну чашу весов клали проектируемые доходы, а на другую - проектируемые расходы. Используя два широко очерченных сценария, базовые данные и способы снижения себестоимости, причем, так как изучались различные варианты повышения эффективности системы предоставления медицинских услуг, последнее изучалось особенно пристально, изучались реальные модели бюджета здравоохранения Алтайского края на 1996 год. Когда были составлены приблизительные сметы сокращения расходов, чего можно добиться при помощи самых различных вариантов реформ, руководители здравоохранения смогли убедиться, какое относительно сильное влияние на эффективность оказывает содействие предоставлению амбулаторно-поликлинических услуг, сокращению стационаров, сокращению числа услуг в рамках пакета, передислокация койко-мест из одних отделений в другие. Так же, как это произошло с реформами на общегосударственном уровне, попытки Кемерово реструктуризировать систему предоставления медицинских услуг через реформу системы финансирования провалились, т.к. Кемеровский территориальный ФОМС не сумел выбить положенные ему фонды из Областного Управления Здравоохранения, доля которого в общем котле всех средств составляла примерно 70%.

Ученые Кемерово разработали клинко-статистическую систему оплаты больницам, основанную на 1500 клинко-статистических группах и которая является составной частью реформы системы финансирования. Теоретически пациенты больницы разбиты на группы по признаку поставленного диагноза, нескольких общих по характеру заболеваний и наличию или отсутствию необходимости производить процедуры хирургического характера. Эта система оплаты предполагала существенное стимулирование качества, так как больницам разрешали оставлять на своем счету сэкономленные средства, полученные в результате сокращения продолжительности госпитализации, в то время как за неоправданно продолжительную госпитализацию, превышающую среднестатистическую продолжительность пребывания в больнице, полагались штрафные санкции. Качество контролировалось посредством проверок отдельных специфических клинко-статистических групп на соответствие между проведенным лечением и записями в протоколе лечения. Некоторые факты свидетельствуют о том, что система оплаты по нозологическому признаку привела к сокращению сроков пребывания в стационаре, повысила интенсивность использования амбулаторных услуг,

улучшилось качество лечения, а кроме того у больниц появились стимулы к укреплению систем учета затрат и контроля над ними. С другой стороны, в реальности, клинко-статистическим группам явно не хватало отдельных важных проектных компонентов (перспективного контроля над оплатой и ее рациональным использованием), так что у больниц появился стимул пролечивать все большее и большее количество пациентов и поглощать все больше и больше ресурсов. Кроме того, в результате давления со стороны самих врачей при формировании групп учитывались многочисленные дополнительные факторы, доводящие число групп до абсурда, например, иногда медико-экономические стандарты содержали от 10000 до 12000.

Что касается стационаров, реформаторы Кемерово, для того, чтобы сдвинуть приоритеты в политике в области здравоохранения в сторону профилактического лечения и первичной медицинской помощи, сделали несколько попыток проверить на практике новые методы оплаты, которые уже применялись при оказании амбулаторных услуг. В 1980 годах кемеровчане уже испытали на себе Новый Экономический Механизм, который породил поликлиники с фондодержательством, в обязанности которых, в частности, входила оплата за направление пациентов в другие, специализированные лечебные учреждения, причем как амбулаторно-поликлинические, так и стационарные. Организационная сеть поликлиник и тех учреждений, куда пациенты получали направления, получила название Территориально-Медицинские Объединения. Данный эксперимент не достиг своей цели по целому ряду причин, включая: (1) отсутствие нового законодательства, которое бы давало медицинскому учреждению большую автономию; (2) неспособность перераспределить ресурсы между отдельными статьями бюджета, либо “играть” с нормативами; (3) отсутствие конкуренции между Территориальными Медицинскими Объединениями; (4) неспособность руководителей поликлиник организовать и повести за собой разнородную группу врачей специалистов и врачей первичной медицинской помощи; и (5) пациенты не имели особого выбора между отдельными поликлиниками.

В середине 1990х годов в Кемерово был запущен новый подход к финансированию как стационаров, так и амбулаторно-поликлинических учреждений. Были установлены прецеденты для дневных хирургических процедур, дневных стационаров и обслуживания на дому. Стоматология была переведена на систему оплаты на базе шкалы относительной стоимости, которая формируется с учетом наличия ресурсов. Для большинства услуг поликлиник была введена система оплаты, основанная на подушной ставке с поправкой на риск, однако для профилактических услуг продолжали использовать принцип “услуга-оплата”. Подушная ставка определялась путем деления всех фондов здравоохранения области на два пула: один - для услуг стационаров, а другой - для услуг амбулаторных учреждений. Фонды на амбулаторно-поликлинические услуги выделялись как обычным, так и стоматологическим поликлиникам. Для поликлиник, так как они еще не были как следует подготовлены к тому, чтобы принять на себя столь широкий круг обязательств и рисков, связанный полным фондодержательством, была введена система частичного акционирования. В соответствии с условиями

частичного акционирования поликлиники получали долю фондов на расходы по амбулаторно-поликлиническим услугам, из которых они выплачивали свою долю за лечение больных, направленных в специальные лечебные учреждения (либо установленный процент от реальной стоимости услуг специализированного медицинского учреждения, куда больного направило данное первичное медицинское учреждение, либо не наносящая невосполнимого ущерба первичному учреждению со-оплата); оставшаяся часть расходов стационара оплачивалась страховой компанией. Сейчас еще рано давать какую-либо оценку результатам эксперимента.

Основываясь на истории проведения реформ в Кемерово и полученных при этом уроках, реформаторы выявили наиболее важные сферы для дальнейших исследований. Сюда относятся: (1) количественная оценка ожидаемой значительности желаемой реструктуризации с точки зрения количества госпитализированных, количества обращений к врачу, и т.д., и так на каждом уровне оказания медицинской помощи; (2) изыскание способов предоставлять специалистам поликлиники те преимущества, которые имеются у врачей стационаров, чтобы они могли совершенствовать свою квалификацию и могли в пределах поликлиники принять на себя большее число медицинских обязанностей; (3) определение того, какой из механизмов частичного фондодержательства поощрит поликлиники к производству услуг, которые традиционно предоставлялись на уровне стационаров; (4) количественный анализ системы оплаты стационарам на основе клинико-затратных групп с тем, чтобы эта система непременно обеспечивала серьезные стимулы эффективности работы стационаров, включая сокращение случаев госпитализации; (5) сделать выбор из всего разнообразия механизмов практики управления бизнесом для тщательного анализа показателей затрат и качества для различных вариантов рационализации работы больниц; причем это особенно касается тех показателей, которые могут поколебать постоянство постоянных затрат; (6) облагораживание системы подушного финансирования амбулаторно-поликлинической службы с целью повышения стимулов к включению наиболее полного спектра диагностических услуг в поликлиниках; (7) облагораживание медико-экономических стандартов для пациентов поликлиник, которым часто проводят лечение без определения точного диагноза; (8) по мере выздоровления экономики, поиск путей повышения чрезмерно низкого уровня подушной оплаты; (9) разработка таких процедур, которые позволили бы страховым компаниям выявлять и компенсировать расходы по случаям, которые можно было бы переместить из сферы деятельности стационаров в сферу деятельности амбулаторно-поликлинической службы; и (10) разработка информационных систем управления, в которых использовался бы отборочный подход к генерированию информации с конкретной целью - управление и финансирование в секторе здравоохранения).

Базируясь как на полученных уроках, так и на дальнейших исследованиях, реформаторы Кемерово предлагают разработать такую модель финансирования системы здравоохранения, которая строилась бы на

конкуренции интегрированных систем здравоохранения (ИСЗ). Данная модель все еще находится в процессе обсуждения и ждет своей реализации. Стратегический центр предлагаемых реформ должен усовершенствовать скоординированность производителей амбулаторной помощи со стационарными учреждениями и тем, кто их услуги оплачивает. ИСЗы должны будут получать финансирование целиком, основываясь на интегрированной ставке подушной оплаты, куда будут включены до 90% планируемых расходов. В начале каждого финансового года ИСЗ должен получать бюджет, рассчитанный на основе подушной ставки, помноженной на количество прикрепленных к ИСЗ. Подушный бюджет должен соответствовать пакету определенных пособий, учитывать общие ограничения в территориальном бюджете сектора здравоохранения и должен обсуждаться и приниматься плательщиком, который обслуживает местный микрорайон и обеспечивает финансирование данному ИСЗ. Система предоставления медицинских услуг должна быть интегрированной, но при этом состоять из ряда автономных учреждений на каждом из уровней системы здравоохранения. Например, поликлиники будут отделены от стационаров как финансово, так и юридически. Тем не менее все уровни лечения будут выстраиваться в соответствии со стандартами затрат и исполнения ИСЗ. Для обеспечения наиболее четкой координации между стационарами и амбулаторно-поликлиническими учреждениями и для перенесения дислокации услуг в амбулаторно-поликлинические учреждения, будут использоваться адресные премиальные фонды (пулы). Врачи первичной медицинской помощи могут быть объединены в автономные отделения в составе поликлиник либо в виде прикрепленных центров. На данной модели на базе подразделения врачей общей практики (ВОП) можно экспериментировать с частичным фондодержательством, где из фондов ВОП будут покрываться расходы на оказание первичной медицинской помощи, амбулаторной помощи врачей-специалистов, вспомогательной помощи, услуги скорой/неотложной помощи, 20-30% услуг стационара, оказанных больницами ИСЗ, а также услуг, оказанных учреждениями, находящимися вне данной сети. Что же касается услуг стационара, то здесь ИСЗ будет играть второстепенную роль, выделяя относительно малую долю фондов непосредственно участвующим в программе больницам. Вместо этого страховые организации будут вести переговоры с больницами по объемам и параметрам медицинской помощи. Это может быть в форме общего бюджета с поправкой на нозологический спектр, где объем лечения, проводимого в больнице, и ставки возмещения расходов по нему еще подлежат обсуждению.

Совершенно ясно, что Кемеровская модель реформы системы здравоохранения шлейфом влечет за собой важнейшие изменения законодательной и финансовой систем, а также систем управления и предоставления медицинской помощи. Прежде чем эти новшества закрепятся на практике и результаты их можно будет в какой-то степени оценить, придется проделать еще немалую работу.

ВВЕДЕНИЕ

Данное исследование основано на трех типах информации, перечисленных в порядке убывающего значения: (i) Отчеты и методические пособия, представленные и разработанные на английском и русском языках экспертами и консультантами, сотрудничающими с Программой ЗдравРеформ и представляющими как Кемеровские организации и учреждения, так и зарубежный корпус консультантов. В заключение приводится список публикаций, использованных при подготовке данного материала. (ii) Устные дискуссии между автором данного исследования и экспертами Кемерово во время командировок по России по линии Программы ЗдравРеформ. (iii) Предварительное знание автором данной работы системы здравоохранения Кемерово, которое накапливалось годами во время проведения научно-исследовательской работы, консультативной деятельности как в области политики в здравоохранении, так и по техническим вопросам в России, включая прямое сотрудничество с организаторами Кемеровского эксперимента в 1989-90 годах в качестве ответственного лица по выполнению задания МЗ по разработке законодательно-правовой основы медицинского страхования в Советском Союзе.

Однако, необходимо отметить, что данный автор не работал в Кемерово в качестве консультанта ПрограммыЗдравРеформ. По этой причине ему приходилось полагаться на печатные материалы как источник информации о последних изменениях в системе здравоохранения Кемерово.

Следующие соображения определили структуру и содержание данного исследования.

1) Система здравоохранения Кемерово работает в политических, законодательно-правовых и экономических условиях общегосударственной системы здравоохранения России. Несмотря на все исключения, которые МЗ смогло добиться у Москвы, общегосударственные нормативы все еще доминируют в местных системах здравоохранения. Для того, чтобы читатель лучше понял приоритеты и подходы, отстаиваемые в Кемерово, необходимо глубоко понять суть национальной политики в здравоохранении. Автор стремился к тому, чтобы в вступительной главе данного исследования сосредоточить внимание на основах реформ здравоохранения в России и их эволюции, с тем, чтобы установить сверочную базу для дальнейшего анализа Кемеровского эксперимента.

2) Документы, использованные при проведении данного исследования, являются достаточными для оценки концепций, подходов и методик инноваций. Однако, если говорить о процессе внедрения, то здесь почти отсутствует итоговая документация. Несостоятельная отчетность составляет часть проблемы. Большая часть этой проблемы объясняется двумя факторами: (i) глубокий экономический и финансовый кризис, переживаемый Россией, и, особенно, Кемеровской областью за последние 7 лет, в общем

помешал и отсрочил практическую реализацию. (ii) Основные профессиональные интересы архитекторов реформ в России оказались ближе к интеллектуально-интенсивным областям концептуализации, разработки и ранним стадиям проведения эксперимента, а не к менее захватывающим попыткам применения новых систем к практическим нуждам управления или оценки обратной информации, поступающей из различных сегментов системы. Недостаточно оптимальная ориентация на результаты управления и деятельности, что вообще присуще культуре реформирования в России, позволяет нам предположить, что реализовано было гораздо меньше, чем задумано, и постепенно трансформировалось в планы на бумаге. Обесценивает ли это кемеровский эксперимент? - Вовсе нет. Даже будучи только на бумаге, в виде методических пособий и программного обеспечения, многие из этих экспериментов представляют настоящее достижение по стандартам СНГ, хотя и требуют дальнейшего совершенствования со стороны разработчиков реформ в большинстве других регионов бывшего Советского Союза. Важным является и то, что эти эксперименты высокорепродуктивны, поскольку они охватывают общие важные области реформ здравоохранения, и, одновременно, уже приспособлены к социально-экономическим условиям бывших советских республик.

3). Предметом данного исследования являются инновации в финансировании здравоохранения. Или, если представить это по-другому, не предполагалось, что исследование должно охватить все вопросы. В исследовании рассматриваются механизмы планирования ресурсов здравоохранения, в том числе, и распределение ресурсов по территориальным бюджетам здравоохранения и лечебным учреждениям. Механизмы структурной корректировки в системе доставки медицинской помощи неразрывно связаны с реформированием финансирования здравоохранения и, следовательно, также освещаются в данном исследовании. Некоторые другие предметные области, как, например, контроль и обеспечение качества, управленческо-информационные системы охвачены только поверхностно или опущены вовсе.

4) Реформирование здравоохранения в Кемерово рассматривается в данном исследовании как непрерывный процесс в двух смыслах: (i) Процесс реформирования начался задолго до Программы ЗдравРеформ и, как мы надеемся, наберет движущую силу задолго до того, как ЗдравРеформ закончит свою миссию. Нам следует реалистично и достаточно скромно оценить наш собственный вклад в этот широкомасштабный и устойчивый процесс. Этот вклад может варьироваться от разработки концепций в некоторых областях до оказания поддержки в плане обучения, технологий и методик, или просто совета в других областях. Данное исследование не рассматривает такие вопросы, как кто что предложил и что сделал. Общей посылкой является то, что реформы в Кемерово держаться на инициативе местных органов, в то время, как обмен знаниями и умениями носит двусторонний характер и столь же полезен и выгоден зарубежным консультантам, как и их Кемеровским партнерам. (ii) В данном исследовании отдается дань уважения в равной степени и так называемым *fait accompli*, завершенным проектам, проектам, находящимся в процессе, а также тем,

которые еще только разрабатываются. Задача автора состояла в том, чтобы собрать воедино все методические наработки, представляющие значение независимо от времени их создания. В данном исследовании с одинаковым вниманием рассматриваются и конгруэнтные идеи, и успешно внедренные нововведения. В любом случае, между двумя этими категориями вряд ли существует большая разница в плане их значения, поскольку в отчетах не представлены наглядные убедительные результаты, по которым можно было бы судить об эффекте этих идей и инноваций.

5) Автор стремился быть объективным в своих суждениях, избегая оценки как таковой вообще. Но косвенно он, тем не менее, выразил свое предпочтение тем или иным нововведениям путем их отбора для данного исследования. Однако, это совсем не означает, что Программа Здрав Реформ или автор разделяют все микрорешения, положенные в основу конкретных подходов, или безусловно предпочитают эти подходы другим, которые, возможно, и не были опробованы в Кемерово.

1. ОБЩАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

1.1 Социально-экономическая среда

Кемеровская область является одной из 88 крупных административных единиц и составляющих субъектов Российской Федерации. Область расположена на юго-востоке Западной Сибири, территория составляет 95.500 кв. км., население -- 3.078 тыс. (1995). Демографические проблемы, проблемы здоровья населения в Кемеровской области (Таблица 1) отражают соответствующие общенациональные проблемы, хотя и обострены проблемами окружающей среды, безработицей населения и, особенно, стрессовой экономической, социальной и политической ситуацией.

Кемеровская область является географическим и экономическим центром Кузбасского района, наиболее важным угледобывающим регионом России. При советской централизованно-плановой экономике угледобывающая промышленность получала наибольшие субсидии со стороны государства. Когда, начиная с 1992 года, были сняты государственные тарифы на энергоносители, местная экономика вступила в стадию глубокой депрессии, обостренной глубоким структурным кризисом. В августе 1996 года 44 процента местных предприятий были должниками. Однако, эта цифра выглядит не столь бедственно на фоне 40 процентов общегосударственного среднего показателя. Что на самом деле делает ситуацию тревожной, если не угрожающей, так это то, что доходы предприятий и населения в Кемерово зависят от отрасли промышленности, которая не в состоянии возместить свои оперативные затраты и почти не дает надежды на то, что сможет стать самоокупаемой в исторической перспективе. Большая часть добываемого

угля превращается в невостребованный инвентарь, поскольку обедневшее население и предприятия - потребители энергии - не могут позволить себе роскошь приобретать уголь по такой цене, которая могла бы покрыть производственные издержки.

Таблица 1. Демографический рост и статус здоровья населения Кемеровской области и России, 1994-95г.г.

Показатель	Кемерово	Россия
Уровень рождаемости	9,2	9,6
Уровень смертности, 1995, 1000	17,2	15,7
Демографический рост, 1995, 1000	-0,8	-0,6
Уровень детской смертности, 1995, на 1000 живорожденных,	19,3	18,6
вкл. сельскую местность	28,6	20,1
Смертность по выборочным причинам, с поправкой на возраст, 1994, на 100.000:		
Инфекционные и паразитарные заболевания	27,5	20,1
Неоплазмы	205,5	206,6
Заболевания системы кровообращения	868,1	837,3
Заболевания дыхательных органов	95,4	80,8
Заболевания пищеварительной системы	48,2	44,1
Несчастные случаи, травмы и отравления	379,5	250,7
Пенсионеры, 1995, в процентах от общего	19,9	20,2

Радикальная учрежденческая реформа, а также структурная корректировка являются совершенно необходимыми и должны повлечь за собой массовую ликвидацию убыточных шахт, разгосударствление всей отрасли и основной части инфраструктуры, проведение рационализации нескольких потенциально жизнеспособных шахт через совершенствование технологий, радикальное сокращение производственных затрат, увольнение десятков тысяч рабочих, создание программ переподготовки и рабочих мест в сфере муниципальных услуг, что могло бы помочь семьям пережить трудный период безработицы; и последнее, но не менее важное, создание сильных стимулов для развития малого бизнеса.

Однако, до настоящего момента сделано очень мало для оперативного решения перечисленных задач, как этого требует ситуация. В условиях общегосударственного развала экономики и нерешительности местного руководства, население страдает от многомесячных невыплат заработной платы, не имея, при этом, ни собственного опыта, ни какой-либо помощи со стороны руководства для того, чтобы выжить в этих невыносимых социально-экономических условиях. Массовые забастовки шахтеров, требующих

спасительной помощи от федерального правительства, стали обычным явлением. Опасаясь политических последствий, Москва не может игнорировать эти требования, но, тем не менее, не идет далее политического подкупа, как, например, осуществление единовременных денежных перечислений в Кемеровскую область и бумажное повышение заработной платы -- которая будет выплачена когда-то в неопределенном будущем. В умах людей только начинается медленный и болезненный переход от патерналистических настроений к принятию собственной ответственности за самих себя.

1.2 Историческая основа реформ здравоохранения

Кемеровский опыт ясно демонстрирует, что критически важным компонентом успешного проведения реформ являются личности, вовлеченные в процесс реформирования. Кемерово оказалось в совершенно уникальном положении по сравнению со всеми другими регионами бывшего Советского Союза в отношении нововведений в области управления здравоохранением, благодаря столь редкому благоприятному сочетанию медицинской и статистической экспертизы, которая началась проводиться в научно-исследовательской лаборатории медицинской кибернетики Кемерово 15 лет назад.

Эта лаборатория была пионером в области развития и практического применения автоматизированных информационных систем в целях улучшения лечебно-административной деятельности. Там была создана автоматизированная база данных на 200.000 медицинских карт больных для проведения компьютерного анализа. Автоматизированная база данных послужила основой для дальнейших исследований, связанных с разработкой Медико-Экономических Стандартов (МЭС), ведением медицинской документации, затратами, взаиморасчетами и системами управления поликлиник; и, в последующем, для деятельности в области непрерывного повышения качества.

Первые инициативы середины 80-х годов привлекли благосклонное внимание Министерства здравоохранения в Москве. Кемеровская область была выбрана в качестве экспериментальной области для апробации методов возмещения затрат, обеспечивающих больше стимулов лечебным учреждениям; целью являлось усиление первичной помощи, обеспечение более широкого выбора потребителю, повышение удовлетворенности обеспечителя услуг. Этот эксперимент являлся частью более крупномасштабных усилий советского правительства возродить финансовые стимулы в сфере социальных услуг.

Новый экономический механизм, принятый в 1986 году, принес смешанные результаты. На долю Кемерово пришлось как успехи, так и провалы экспериментирования конца 80-х, из которых были извлечены уроки. Фактически, извлеченный урок был двусторонним: (i) Для того, чтобы суметь

достичь поставленные цели здравоохранения и получить выгоду от стимулов, основанных на результатах деятельности, обеспечители услуг должны созреть в плане управления здравоохранением и бизнесом, в то время как медицинским работникам необходимо повысить свой профессиональный уровень. (ii) Инициативы сами по себе не являются жизнеспособными, если их не поддержать широкомасштабными изменениями учрежденческой структуры. Одним словом, лечебные учреждения, в частности, первичной помощи, находящиеся на фондодержании, получили стимулы к повышению экономической эффективности путем смещения акцента на профилактическую деятельность, общую амбулаторно-поликлиническую помощь, замещением специализированных больниц общепрофильными, а также рачительным потреблением больничных услуг. Однако, во-первых, они не обладали достаточными знаниями и умениями для того, чтобы стать эффективно действующими врачами общей практики и своего рода “стражами”, умеющими справляться с проблемами направлений в специализированную помощь и вопросами распределения ресурсов в масштабе всей системы. Второе, в удушающих условиях чрезмерной бюрократической регламентации и микроуправления, лечебные учреждения не смогли получить достаточной автономии для фактической оптимизации своей лечебной и деловой деятельности, как это предполагали создаваемые стимулы. Именно это горькое наследие нового экономического механизма вызывает нынешнюю волну интереса к интегрированным системам здравоохранения в Кемерово (См. Гл. 4).

В начале 90-х годов Кемеровская область, представленная той же группой набирающих опыт реформаторов, явилась катализатором перехода России к Обязательному Медицинскому Страхованию (ОМС). Кемерово получило одобрение Министерства здравоохранения начать исследование альтернативных механизмов распределения фондов как в сектор здравоохранения, так и внутри его. В результате механизм ОМС России в своих наиболее идиосинкразических чертах сформировался по рекомендациям Кемерово¹. Ключевой персонал кибернетической лаборатории продолжает проводить научно-исследовательскую работу и предоставлять консалтинговые услуги общегосударственной системе ОМС, вводя инновационные механизмы расчета нормативов, конкурсного заключения контрактов, распределения ресурсов на различных уровнях помощи, методов взаиморасчета и финансирования, использования ресурсов и контроля и обеспечения качества. Некоторые из последних достижений в этих областях деятельности представлены в Главе 3.

¹ Противоречивый сплав рынка медицинского страхования в условиях одного покупателя, воплощенный в территориальных фондах ОМС, и конкуренции, создаваемой многочисленными страховыми компаниями, аккредитированными фондом для выполнения некоторых функций в системе ОМС, был создан в России с помощью организаторов реформ Кемерово, которые в роли советников Федерального фонда смогли убедить федеральное руководство системы ОМС продублировать опыт Кемерово на общегосударственном уровне.

Некоторые из этих факторов вступили в такое взаимодействие, что стимулируют впечатляющий диапазон концептуально-технических нововведений в секторе здравоохранения Кемеровской области в 90-х годах, в том числе и столь важное отношение к деятельности, выражаемое словами "мы можем это сделать", у основных участников реформ. Первый успех привлек много умных и способных специалистов, что привело к появлению еще более новаторских идей и опыта, и, что еще более важно, большим ресурсам. Наличие больших ресурсов и лучших идей помогло достичь большего успеха. Успех привлек более позитивное внимание, что способствовало большей готовности федерального руководства предоставить области исключения их некоторых нормативно-законодательных ограничений. Большие операционные возможности и учрежденческая гибкость способствовали дальнейшему творчеству и инновационным внедрениям, которые послужили магнитом для привлечения ресурсов, способных людей и более интересных идей из других регионов и стран.

Мощное подкрепление местным нововведениям пришло в 90-х годах от международного корпуса консультантов в политике здравоохранения, экономистов, администраторов, а также экспертов в клинических областях реформы здравоохранения. Открытие мирового опыта через участие в учебных семинарах, международной программе грантов, зарубежных учебных поездках создало платформу для синергетического обучения, полезного как для кемеровских реформаторов, так и международного корпуса консультантов. За последние пять лет эксперимент Кемерово вышел за рамки местных реформ политики в здравоохранении в России. Со временем эксперимент стал примером успешного взаимообогащения культур. Многие рецепты международного меню вариантов политики в здравоохранении были опробованы в Кемерово. Некоторые из них успешно решили трудную задачу адаптации к новой учрежденческой структуре российской системы здравоохранения. Другие идеи, хотя и отвергнутые, позволили наработать важный опыт, проливая свет на сильные и слабые стороны апробированных подходов и методик, в равной степени внося свой вклад в опыт как доноров, так и реципиентов этих нововведений.

2. ДИСБАЛАНСЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ДЕЙСТВУЮЩЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Реформы в системе здравоохранения Кемеровской области (КО) были запущены и проводились в условиях растущего недовольства существующей системой финансирования системы здравоохранения и доставки помощи.

Многие из слабых сторон этой системы можно рассматривать в более широком плане как отсутствие финансового, лечебного и организационного взаимодействия среди лечебных учреждений. Недостатки нормативно-законодательной основы, отсутствие экономических инициатив мешали лечебным учреждениям координировать свою лечебную деятельность,

практику направлений в специализированную помощь. Основные методы такой координации, как, например, цели по объему помощи, критерии обоснованности лечения или стратегия профилактики заболеваний, навряд ли существовали вообще. Приводимые ниже характерные черты дают более детальное представление об этой проблеме:

1) Все лечебные учреждения компенсируются не за достигнутые результаты по оздоровлению населения, а за понесенные издержки. А это ориентирует систему здравоохранения на большее потребление ресурсов, делает ее более затратной, а не направленной на здоровье населения как таковое или минимизацию издержек производства.

2) Каждый тип лечебного учреждения, т. е. больницы, поликлиники, станции скорой помощи, аптеки, финансируются независимо от результатов деятельности по всей системе. В результате, лечебные учреждения различных уровней редко связаны друг с другом финансовыми стимулами. Это усиливает дезинтеграцию системы доставки помощи, препятствует координации услуг, что могло бы быть выгодным с точки зрения результатов деятельности здравоохранения и затратной эффективности.

3) Традиционно раздутый объем потребляемых услуг, т.е. неоправданно высокое количество визитов к амбулаторно-поликлиническому врачу, высокий уровень госпитализации, среднего срока пребывания на койке искусственно поддерживается всеми лечебными учреждениями, что является ответом на такие экономические стимулы, как количество визитов к врачу, количество коек и пациенто-дней. Тем не менее, перетягивая одеяло скудных ресурсов на себя, стационарные лечебные учреждения держат первенство над амбулаторными лечебными учреждениями, а узкие специалисты над врачами общей практики. Врачи первичной медицинской помощи являются самыми слабыми игроками в этой системе. Их часто ругают за неспособность играть более значимую роль в профилактике заболеваний, раннем диагностировании и лечении на ранней стадии. Более того, считается, что они наименее всех реагируют на финансовые стимулы.

4) Госпитальный сектор построен таким образом, что сама система исключает эффективное использование ресурсов. Больницы общего профиля составляют одну треть всех учреждений стационарной помощи. Остальная часть включает узкоспециализированные клиники, особенно те, которые обеспечивают долговременную стационарную помощь. В каждой больнице общего профиля имеется большое количество специализированных клинических отделений. Чрезмерная специализация как внутри отдельного учреждения, так и по всей сети в целом, мешает гибкому распределению ресурсов между специализированными клиниками и отделениями и другими лечебными учреждениями. Использование мощностей низкое, неровное и трудноприспособляемое к постоянно меняющимся условиям спроса/обеспечения.

5) Нормативная база сектора здравоохранения приносит еще более проблем. Территориальные органы здравоохранения осуществляют жесткий бюрократический контроль над лечебными учреждениями. Всевозможные инструкции карательного характера доминируют над механизмом стимулирования как средство саморегулирования деятельности лечебных учреждений. Этот инструктивно-контролирующий центр, нацеленный на полицейский контроль мелких отклонений от штатного расписания, удельных норм финансирования, перемещения фондов между статьями затрат или регламентирование лечебных протоколов в лечебных учреждениях, в то же время не замечает основных недостатков и искажений, как, например, необоснованные случаи госпитализации, низкая хирургическая активность, чрезмерно длительный срок пребывания на койке, особенно, в клинических отделениях, праздно простаивающее или вовсе неустановленное дорогостоящее оборудование, бесконечный поток частных выплат врачам и жалобы пациентов.

6) За всем этим фоном чрезмерной регламентации распростерлась огромная привилегированная территория методов управления, законно никак не ограниченных, но и не используемых для блага пациентов или обеспечителей медицинских услуг просто по незнанию и отсутствию опыта. Современные методики учета и контроля затрат, расчета нормативов, финансовый анализ, конкурсное заключение контрактов, внешние источники (финансирования), контроль за объемом оказываемой помощи -- все это лишь некоторые примеры того, что еще предстоит открыть и познать руководителям здравоохранения.

Выше перечисленные несоответствия в структуре и управлении услуг здравоохранения привели, в результате, к многочисленным недостаткам системы. Некоторые из этих недостатков приводятся ниже:

- 65 процентов финансирования здравоохранения распределяется на учреждения стационарной помощи по сравнению с 45 процентами в среднем в странах ОЭСР²;
- доля врачей в первичной помощи не превышает 20 - 25 процентов по сравнению с 40-50 процентами в промышленно развитых странах, не упоминая уже 60-процентной отметки в Канаде;
- уровень госпитализации составляет 21 процент по сравнению с 16,2 процента в среднем в странах ОЭСР;
- средний срок пребывания на койке составляет 16 дней по сравнению с 14,4 дня в среднем по странам ОЭСР;

² ОЭСР -- Организация экономического сотрудничества и развития

более 30 процентов первичных визитов к врачу выливаются в направления в специализированную помощь по сравнению с 4-10 процентами в развитых промышленных странах. Нарушение структурного равновесия навряд ли можно скорректировать дополнительными финансовыми влияниями как таковыми. Тем не менее, именно вопрос генерирования ресурсов подавил всю повестку дня реформирования здравоохранения в России, оттеснив большинство проблем, связанных с внутренними недостатками системы здравоохранения.

В 1993 году вошло в действие Обязательное медицинское страхование, введенное федеральным законом. Согласно этому закону, все население России охватывается всеобщим медицинским страхованием, которое финансируется из двух источников: целевого налога на фонд заработной платы, налагаемого на работодателей для страхования своего персонала, и бюджетных отчислений для страхования государственных служащих и неработающее население. Поступления из обоих источников объединяются во вновь созданных территориальных фондах медицинского страхования, которые финансируют аккредитованные лечебные учреждения для обеспечения ими медицинской помощи пациентам. Или местные отделения ТФОМС или, как в случае с Кемерово, независимые некоммерческие страховые компании принимают на страхование (ОМС) работодателей. Доход от страховых премий, получаемый от групповых контрактов на страхование, накапливается в ТФОМС. Территориальный ФОМС перераспределяет большую часть поступлений страховщику, используя расчетный норматив перечислений на каждого застрахованного, скорректированный по половозрастному поправочному коэффициенту. Поскольку местные нормативы ограничивают отбор рисков, конкуренция между страховыми компаниями фокусируется на доле в рынке, причем, преимущество перед конкурентами достигается за счет дружеского расположения потребителя к страховой компании, заключающей контракт с работодателями, способностью этой компании добиваться отчислений положенного налога на ОМС, ограничивать свои административно-накладные расходы, а также от способности добиваться одобрения со стороны ТФОМС, проводя эффективный контроль за качеством медицинской помощи. На местном уровне все группы выплачивают один и тот же премиальный взнос независимо от объема потребляемой помощи или рисков.

Таблица 1. ЭВОЛЮЦИЯ ЦЕЛЕЙ РЕФОРМЫ В КЕМЕРОВО

Формулировка нового экономического механизма (1987 год)

- Адаптация здравотделов к работе в условиях рыночной экономики;
- Усовершенствовать координацию предоставления медицинской помощи таким образом, чтобы можно было удовлетворить наиболее обширный объем реабилитационного лечения, специализированной помощи, медицины катастроф, услуг ведомственных медицинских учреждений;
- Разнообразить источники финансирования здравоохранения;
- Разнообразить структуру собственности в секторе здравоохранения, в частности, создать благоприятную обстановку для государственных, муниципальных и частных медицинских учреждений;
- Реформировать и укрепить систему контроля за качеством;
- Создать инфраструктуру управляемой медицины;
- Придать еще большее значение непрерывному медицинскому образованию и процедурам консилиума;
- Ввести в секторе здравоохранения информационные системы управления
- Улучшить связи с общественностью в секторе здравоохранения; пропандировать здоровый образ жизни;
- Создать законодательную базу для перевода сектора здравоохранения на рельсы рыночной экономики.

Концепция дальнейшего развития сектора здравоохранения и первичной медицинской помощи в Кемерово (1997)

(Составлено директором Института Социально-Экономических проблем в здравоохранении, профессором Галиной Царик)

- Перефокусировать всю систему здравоохранения на механизм сдерживания расходов и смещения акцента на амбулаторно-поликлинический сектор;
 - Улучшить качество обслуживания путем введения в действие систем контроля за качеством;
 - Повысить доступность медицинской и социальной помощи; расширить сеть клиник врачей общей практики, улучшение патронажного обслуживания;
 - перенести акцент в управлении здравоохранении в сторону использования механизма саморегуляции и материального стимулирования;
 - Создать такую окружающую обстановку, которая повысила бы доверие пациентов к врачам первичной медицинской помощи, в частности к врачам общей практики;
 - Повысить удовлетворенность потребителя сектором первичной медицинской помощи;
- Подготавливать пациентов к тому, чтобы те относились более ответственно к собственному здоровью.

После года организационной неразберихи реформа медицинского страхования, наконец, взяла старт в 1994 году и с тех пор набирает свою движущую силу. За это время была создана управленческая сеть, процент охвата населения страхованием постоянно растет, механизмы выплаты страховых премий и финансирования лечебных учреждений совершенствуются. Однако, из-за продолжающегося экономического спада и постоянного убывания общего дохода бюджета ОМС совершенно не удалось повысить финансирование здравоохранения: катастрофически снизившийся объем государственных затрат на личные услуги здравоохранения -- на две трети за период 1991-95 г.г. -- компенсируется широкой маржой всех дополнительных финансов, которые можно собрать через новый целевой

налог на фонд заработной платы. На долю государства/работодателей, финансирующих здравоохранение в России, все еще приходится 3,5 процента ВВП, однако, сегодня ВВП составляет только лишь 40 процентов от уровня пятилетней давности. Массивное и, в большинстве случаев, нерегулируемое смещение переменных затрат здравоохранения на плечи пациентов смогло лишь частично заполнить финансовую брешь, в то время как принцип равного доступа к помощи был серьезно нарушен.

Подводя итог, реформа медицинского страхования не выполнила своего обещания улучшить финансовое положение сектора здравоохранение. И еще более разочаровывает то, что ОМС не смогло скорректировать структурные и мотивационные недостатки. Отделения ТФОМС и частные страховые компании выбрали для себя роль финансовых посредников, пассивно перечисляющих финансы из ТОМС лечебным учреждениям. Подушевое финансирование с поправкой на риски как метод распределения ресурсов по территориям или по планам медицинского страхования стало чрезмерно фокусироваться на показателях затрат, стимулирующих потребление ресурсов, как, например, на количестве больничных коек или персонала. Историческое использование ресурсов все еще определяет объем финансирования конкретных лечебных учреждений. Выборочный переход больниц на финансирование, основанное на финансовых стимулах, не подкрепленный ни критериями соответствия госпитализаций и выписки, ни ограничениями на объем оказываемой помощи, привел, в результате, к эффекту взрыва затрат и росту финансового давления в местных системах здравоохранения. Конкурсное заключение контрактов не вошло в широкую практику. ТФОМС и его финансовые посредники не имеют ни желания, ни полномочий ликвидировать избыточные лечебные учреждения и вдохновить потенциально жизнеспособные учреждения на проведение рационализации своей деятельности. Небольшое сокращение коечного фонда, достигнутое скорее административными, а не экономическими мерами, не привело к значительной экономии постоянных затрат из-за несоответствующего проведения сокращения лечебных учреждений. Лечебным учреждениям так и не дали автономию, которая бы позволила им работать эффективно и производительно.

Резкое начало экономического экспериментирования в секторе здравоохранения Кемеровского региона представляет собой баланс генерированию и потреблению ресурсов, что стоит на повестке дня реформы здравоохранения. Было принято решение уделять больше внимания механизмам внутреннего распределения. В частности, задача стала двусторонней: (1) превратить ТФОМС и аффилированные страховые организации из пассивных центров транзакций в расчетливо-бережливых покупателей услуг, способных создавать конкуренцию среди лечебных учреждений и управлять этой конкуренцией на благо справедливой и затратноэффективной доставке медицинской помощи; Ввести стимулы, привязанные к результатам деятельности, которые покупатель услуг мог бы использовать для стимулирования медицинских работников к более

производительной и ориентированной на клиента работе при одновременном сдерживании затрат.

3. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РАСПРЕДЕЛЕНИЮ РЕСУРСОВ

Федеральный Акт о медицинском страховании 1991 года создал противоречивый сплав единого плательщика и рынка конкуренции в системе финансирования здравоохранения России, основанной на медицинском страховании. С одной стороны, сеть ТФОМС представляет явно монополистическую систему, разработанную для обеспечения всеобщего медицинского страхования на конкретной территории из единого источника финансирования. С другой стороны, местный ТФОМС делегирует важные функции посредника многочисленным страховым организациям, такие, как выписка страховых полисов и финансирование лечебных учреждений. На большинстве территорий андеррайтерам позволено вступать в конкурсную борьбу за контракты с ТФОМС. Такая двухъярусная система -- с наличием третьей (ТФОМС) и четвертой (страховые компании) сторонами -- предполагает высокие накладные расходы. Более того, обстановка конкуренции сводит к нулю рынок единого плательщика и привносит некоторые свои собственные недостатки. Например, в двух наиболее крупных городах Кемеровской области общее количество застрахованных неуклонно превышало количество населения в первые несколько лет действия ОМС. Это происходило по причине двойного учета некоторых жителей различными страховыми компаниями, т. е. из-за отсутствия координации между многочисленными страховщиками.

Что еще более вызывает тревогу, так это то, что нельзя было ожидать, чтобы механизмы корректировки по фактору риска, кардинально важные для обеспечения равного доступа к медицинскому страхованию в условиях конкуренции рынка страхования, вошли в игру сразу с момента введения медицинского страхования: эти механизмы требуют обширного концептуального опыта и крепкой эмпирической базы; и то, и другое, как правило отсутствует на новых рынках медицинского страхования. Андеррайтеры быстро сообразили, что никто их наказывать не будет за снятие пенки. Угроза отбора рисков стала реальной и настоящей действительностью³.

³ Здесь следует уточнить, что скорее объем, а не качество рисков, будет представлять основную проблему для страховых компаний, аккредитованных ОМС, в России: объем их операционного бюджета пропорционален доходу от продажи, стимулируя эти компании, таким образом, к выписыванию как можно большего количества страховых полисов. Однако, при всех остальных равных условиях, минимизация возмещения предоставленных счетов посредством отбора рисков все еще представляет огромное преимущество для страховщиков. распределение сэкономленных средств в резервные фонды и краткосрочные инвестиции даст значительный объем дохода с инвестиций в

3.1 Подушевое финансирование с поправкой на фактор риска

Кемерово настроилось решить проблему с отбором риска как можно быстрее путем введения формулы весового (коэффициента) подушевого финансирования (weighted capitation formula). Возраст, пол и приоритетные затраты были включены в формулу как три наиболее важных предиктора (определителя) затрат. В расчетах применили двухступенчатый алгоритм.

В качестве первого шага, рассчитывается объем подушевого финансирования здравоохранения с поправкой на фактор риска района, для распределения областных ресурсов в города и сельские районы⁴. Подушевое финансирование (ПФ) является продуктом среднеподушевого финансирования здравоохранения всей области в целом (СПФ), районного агрегированного половозрастного коэффициента отклонений подушевых затрат (ПВО), районного агрегированного коэффициента отклонений основных (приоритетных) подушевых затрат (ПО) и районного коэффициента статуса здоровья (СЗ):

$$\text{ПФ} = \text{СПФ} * 90,2 \text{ ПВО} + 0,8 \text{ ПО}) * \text{СЗ}$$

Факторы ПВО и ПО рассчитываются на базе больничных затрат. Последний считается точным гроху -- уполномоченным ---- общих затрат в системе здравоохранения, где 3/4 всех расходов здравоохранения ассоциируются со стационарной помощью⁵. ПВО является скользящей среднегодовой за предыдущие три года. Половозрастные группы разбиты с пятигодовым интервалом. ПО как фактор приоритетных затрат, объясняет, главным образом, обеспечение больничными койками и удельную ресурсоемкость (case-mix intensity). Вводятся весовые коэффициенты, соответственно 0,2 для половозрастного поправочного коэффициента и 0,8 для поправочного коэффициента приоритетных затрат, которые периодически пересматриваются экспертами. Фактор СЗ определяет уровень кратковременной нетрудоспособности, определяемой по промышленности. Статус здоровья, таким образом, является общей составляющей уровней нетрудоспособности по конкретным отраслям промышленности. Этот фактор отражает расхождения по районам (в уровне кратковременной трудоспособности) в структуре занятого населения по отраслям промышленности. Неясно, учитывает ли

условиях чрезмерно высокого уровня возврата с основных финансовых инструментов (операций) в России.

⁴ Районы -- более мелкие административные единицы в составе области.

⁵ Было обработано примерно 200.000 стационарных случаев по возрасту, полу, диагнозу, затратам и срока стационарного лечения.

фактор СЗ только производственную нетрудоспособность, или нетрудоспособность в целом.

В качестве второго шага проводится расчет индивидуальных чистых премиальных взносов путем умножения объема ПФ конкретно по району на половозрастной коэффициент отклонений подушевых затрат, применяемый к конкретному подписчику. На основании этой формулы осуществляется распределение средств из районного бюджета конкретным страховщикам, при этом учитывается половозрастная структура конкретного страхового фонда.

Формула подушевого финансирования для неработающего населения основана только на половозрастных переменных, поскольку отсутствуют данные по приоритетным расходам по этим категориям.

Формула подушевого финансирования с поправкой на фактор риска считается в Кемерово краеугольным камнем управляемой конкуренции в региональном секторе здравоохранения. Постоянное совершенствование этой формулы путем включения более детальных предикторов (определяющих) риска в отличие от таких общих (грубоприближенных) видов риска как возраст, пол и исторические затраты, остается движущей силой, поддерживающей улучшение управленческих информационных систем областного сектора здравоохранения.

3.2. Финансовые имитационные модели, укрепляющие устойчивость ОМС

Работая совместно по гранту, выделенному программой ЗдравРеформ, эксперты по управленческим информационным системам двух соседних территорий, Кемерово и Алтайского Края⁶, разработали итеративную

⁶ Алтайский Край -- один из 89 субъектов Российской Федерации. территория -- 169.100 кв. км., включает 60 районов и 7 городских районов, население -- 2.697.810 человек, по данным 1/1/95. Городское население слегка превышает сельское население и составляет, соответственно, 52,1 и 47,9 процента. Количество стационарных коек составляет 113,3 на 10.000 населения и постоянно снижается. Недостаточное финансирование является основной причиной этой тенденции. Вопросы экономической эффективности все более влияют, в том числе, и на распределение ресурсов. В здравоохранении заняты 9.143 врача и 23.941 среднего медицинского персонала -- соответственно 34,0 и 86,6 человек на 10.000 населения. Обе цифры значительно ниже среднего уровня по стране в целом: 39,3 и 94,4. Алтайский Край занимает 45 место среди территорий России по по душевому финансированию здравоохранения. Из 256 больниц только 112 обеспечивают услуги по системе ОМС. Из 191 независимых амбулаторных лечебных учреждений, незначительное количество, составляющее только 10%, вступили в контрактные отношения с ОМС. Органы здравоохранения Алтайского Края (ОЗ) являют собой случай сильной оппозиции ОМС в России, рассматривая сеть ОМС как излишнего

финансовую модель для имитации территориальных бюджетов ОМС. Главной задачей является укрепление финансовой устойчивости ОМС путем сбалансирования доходов и затрат. Этот алгоритм включает следующие компоненты:

1. Прогноз дохода для целого ряда нормативов соответствия, в базовых ценах;
2. Оценка затрат Программы территориального ОМС, основанной на базовых показателях направлений в специализированную помощь, объему оказываемой помощи и моделях затрат.
3. Корректировка прогнозируемых расходов и доходов ТФОМС к прогнозируемому уровню инфляции, дифференцированные по затратным категориям. Базовая структура затрат используется для расчета среднего весового коэффициента инфляции из прогнозируемого инфляционного коэффициента по конкретным затратам. (индекс по типу Laspeyres);
4. Выравнивание Программы территориального ФОМС для приведения ее в соответствие с официально введенной на федеральном уровне дефиницией потенциального финансового разрыва (дефицита) для гарантирования области льгот на федеральные выравнивающие перечисления.
5. Итеративная корректировка затрат по отношению к доходам путем перемещения помощи в альтернативные типы лечебных учреждений и широкомасштабного сокращения удельных затрат.

Ниже приводится более детальная характеристика процесса планирования, разбитого на два наиболее важных этапа.

3.2.1 Прогноз доходов

Доход ТФОМС прогнозируется по источнику финансирования следующим образом:

1. Отчисления работодателей на ОМС. Во-первых, составляется прогноз областного фонда заработной платы, как налоговой основы для премиальных отчислений на ОМС. Среднегодовой уровень изменений, по крайней мере, трех предыдущих лет экстраполируется на планируемый период.

посредника в секторе здравоохранения. Неудивительно, что ОЗ глухи к федеральному законодательству, которое установило, что бюджетные средства здравоохранения и отчисления работодателей на страхование должны аккумулироваться в один ТФОМС на каждой территории. ОЗ остаются основной покупающей организацией, распределяющей большую часть текущего финансирования напрямую ЛПУ. Такая политика представляет резкий контраст политике, проводимой в соседней Кемеровской области, где ОЗ и ТФОМС находятся в полном согласии с самого начала ОМС.

Эвристические корректировки базового уровня изменений являются уместными. Во-вторых, уровень соответствий прогнозируется экстраполированием исходя из базового периода. В-третьих, прогнозируемый фонд заработной платы умножается на норматив отчислений и на процентный уровень соответствия, что дает прогнозируемый доход от отчислений работодателей.

2. Отчисления от местного бюджета -- городских и сельских районов -- для страхования неработающего населения. Так называемый доход объединенного областного бюджета -- областного и местного бюджетов, включая чистые перечисления и внебюджетные финансовые поступления -- ожидаемые в планируемый период, умножаются на процент отчислений на ОМС, последний экстраполируется из базового объема.

3. Перечисления из Федерального фонда ОМС. Руководство по методологии предполагает, что прогноз должен основываться на 'предыдущем опыте'.

4. Возврат с инвестиций ТФОМС. Руководство по методологии просто констатирует, что это 'относительно легкая часть общего алгоритма прогноза, поскольку просто учитываются ожидаемые инвестиционные условия' [1.1:стр. 31]. В действительности, прогнозирование возврата с инвестиций на изменчивых финансовых рынках России является совершенно непростым делом. Авторы этой методологии, тем не менее, отстраняются от работы над этой столь чувствительной проблемой. Практика инвестиций ТФОМС серьезно нуждается в доработке нормативной основы и, скорее всего, остается недоступной соответствующему аудиту. Инвестиционные портфели не раскрываются; параметры их рисков не обсуждаются открыто; отчеты о прибыли и убытках не предоставляются. Поэтому, открытая оценка методологических вопросов, относящихся к инвестициям, не имеет смысла.

3.2.2 Прогноз затрат

Базовые затраты можно скорректировать для приведения их в соответствие с прогнозируемым доходом. Такая корректировка проводится через целый ряд итераций. Всеохватывающая модель финансовых потоков в областном секторе здравоохранения дает возможность проведения оценки воздействия на затраты целого ряда изменений, сдерживающих затраты, в доставке помощи.:

- Сокращение количества госпитализаций путем перемещения помощи в домашний или дневной стационар.
- Сокращение неоправданных направлений в лечебные учреждения более высокого административного уровня. В частности, чрезмерное количество направлений в клиники тех пациентов, которых можно было бы пролечить в центральных (районных) больницах, представляют собой один из

наиболее важных причин экономической неэффективности, которую необходимо оценить по ее воздействию на затраты системы в целом.

- Сокращение среднего срока госпитализации через интенсификацию лечебной деятельности в больницах.
- Сокращение среднего срока госпитализации через улучшение добольничной диагностики.
- Лучшее координирование помощи, в частности, через улучшение преемственности между стационарной и реабилитационной амбулаторной службами.
- Организация лечебных учреждений инновационных типов, т.е. центров дневной хирургии.

Документированные случаи применения предлагаемой методики для ТФОМС для корректировки затрат по кривой вниз включают: (i) проведение оценки экономии затрат посредством перемещения обычных диагностических процедур из стационарных условий на добольничную стадию в сельских областях Кемеровской области; (ii) прогноз влияния на затраты сокращения среднего срока госпитализации по случаям грыжесечения.

3.3 Практическое применение подхода Кемеровской области и Алтайского края

Наиболее удачный на сегодняшний день и документально подтвержденный опыт практического применения этой модели, относится к Алтайскому краю. Этот опыт относится к оценке обоснования бюджета здравоохранения на 1996 год.

Сотрудники финансово-планового отдела здравоохранения Алтайского Края трансформировали базовую модель Кемерово/Алтая по двум широко определенным сценариям: (а) базовый сценарий; (б) сценарий минимизации затрат. Предполагается, что оба сценария будут ежегодно корректироваться, предусматривая изменения в нормативно-законодательных, социально-политических и экономических условиях.

3.3.1 Базовый сценарий

Задачей (базового) сценария минимизации затрат является сдерживание платных услуг на минимальном уровне, предполагая, таким образом, максимизацию затрат для государственного покупателя услуг. В основе этого сценария положены следующие допущения:

- В следующем году бюджет территориальной системы здравоохранения получит компенсацию по финансовому дефициту, вызванному в базовом году более низким, чем положено, финансированием сектора здравоохранения.
- Параметры объема помощи, как, например, уровень госпитализации, годовое количество визитов к врачу останутся прежними.
- Характер направлений в специализированную помощь (стационарно-поликлинический микс), а также производительность лечебных учреждений останутся неизменными.
- Базовый пакет услуг ОМС не изменится.
- Не изменится и доля платных услуг в финансировании здравоохранения.

Руководители органов здравоохранения Алтайского Края считают его 'сценарием без перемен'. Здравоохранение повторяет свои притязания на лучшее финансирования без каких бы то ни было обязательств со своей стороны повысить эффективность. Структурные несоответствия (дисбаланс) и низкий возврат с затрат на здравоохранение изначально заложены в данном сценарии и, таким образом, увековечены. Сотрудничая с Программой ЗдравРеформ, партнеры с Алтая все больше и больше игнорировали политическую значимость базового подхода к распределению ресурсов. Они поддерживают этот тип сценария в своей модели просто как сверочную основу для альтернативных сценариев, причем, эти сценарии полагаются более на про-активную структурную политику.

Более конкретно, базовый подход является механизмом определения финансового разрыва, который нужно будет ликвидировать принятием мер, направленных на повышение экономической эффективности.

3.3.2 Сценарий минимизации затрат

Сценарий минимизации затрат состоит из набора мини-сценариев, которые предстоит оценить с точки зрения их способности вырабатывать экономию средств в секторе здравоохранения. Задача состоит в том, чтобы определить и рекомендовать эффективные изменения, как можно более интенсивных и в большом количестве, как это может понадобиться для компенсации дефицита

ресурсов. Дефицит ресурсов может корениться в базовых тенденциях распределения ресурсов и производительности. Поскольку большинство микро-сценариев высоко скоординированы друг с другом, перспективно важные из них должны быть вовлечены в моделирование с самого начала и приниматься во внимание параллельно, а не последовательно.

Микро-сценарий I. Первым шагом после базовой финансовой раскладки является пересмотр удельных затрат, которые обычно регламентируются в виде удельных норм финансирования. Количественно-качественная переоценка полных удельных затрат по шкале вверх кажется вполне приемлемой, учитывая хроническое недофинансирование сектора здравоохранения и тот факт, что большая часть этого финансирования легитимизируется по несоответственно низким удельным нормам. В то же время, пользователи модели из Алтайского Края согласились, что удельные затраты могут и должны быть выравнены в лучший ресурсный микс. Это предполагает рост уровня дифференцирования по типу ресурсов.

Важно не путать более лучший ресурсный микс с оптимальным ресурсным миксом. Более лучший ресурсный микс является переходным компромиссным вариантом. До той поры, пока существует всеобщий дефицит ресурсов, имеются два выбора. Этот дефицит можно распределить по всем затратным категориям пропорционально доле каждой категории в общих затратах, или, наоборот, непропорционально, в соответствии с заранее определенным списком, в котором все затратные категории ранжированы по приоритетности в плане их доступа к скудным финансам. Таким образом, можно достичь половинчатого улучшения в распределении ресурсов через подход к отобраным категориям ресурсов с точки зрения предпочтений в условиях повсеместного недофинансирования.

В случае с Алтайским Краем было решено не бросать вызов существующим нормам финансирования. Однако, аппроксимация реально выделенного и нормативного финансирования, в условиях непрекращающегося дефицита ресурсов, должна различаться следующим образом: прямые затраты на рабочую силу (финансирование Статьи I "Заработная плата" и "Налог на фонд заработной платы") должны финансироваться на 100 процентов в качестве первого приоритета. "Питание пациентов" в больницах должно финансироваться как минимум на 80 процентов; хозяйственные затраты, включая коммунальные счета, на 80 процентов; медицинское оборудование на 20 процентов, мягкий инвентарь на 5 процентов.

Перераспределение ресурсов, предполагаемое вышеизложенным сценарием, отвечает требованиям нейтрального бюджета. Но, в отличие от него, оно не влияет на величину финансового дефицита. Здесь стоит заметить, что этот дефицит был оценен по базовому бюджету, скорректированному по уровню инфляции, и разбит по шкале прогнозируемого дохода. Этот дефицит поднялся до 6,86 процентов от суммы расходов. Это количество и должно быть выработано путем проведения рационализации сектора здравоохранения, направленной на повышение экономической эффективности.

Микро-сценарий 2. Дальнейшие отклонения от этой базы принимаются на этом этапе, предполагая следующее:

- До 10 процентов госпитализаций в больнице на краевом уровне могут отфильтровываться в центральных (сельских) районных больницах.
- До 7 процентов предыдущего количества стационарных пациентов будут направляться в амбулаторные учреждения, в частности, в дневные стационары, присоединенные к поликлиникам. Эта мера должна снизить средний срок госпитализации путем перевода после-острой и реабилитационной помощи в амбулаторную⁷.
- Средний срок госпитализации во всех типах учреждений стационарной помощи снизится на один день, путем перемещения выборочных диагностических тестов и процедур в добольничную помощь.

Изменение затрат под влиянием перечисленных изменений в доставке услуг описывается ниже:

Перемещение пациентов с краевого на районный уровень в результате даст экономию на 0,84 процента по всему сектору здравоохранения в целом. Увеличенная эксплуатация дневного стационара позволит сэкономить еще 0,32 процента. Это будет являться балансом прибыли, полученной от снижения использования полных (full-fledged) больничных услуг и увеличения использования амбулаторных услуг⁸. 4,48 процента затрат медицинской помощи будут сэкономлены через улучшение добольничной диагностики.

В общем, финансовый дефицит разительно снижается с 5,99 процента до 1,10 процента.

Микро-сценарий 3 дает более точную картину экономии затрат, которую ожидают получить в результате структурных изменений, предполагаемых по сценарию 2. А именно, настоящий раунд расчетов предусматривает отклонения в удельных затратах в зависимости от уровня больничной помощи⁹.

⁷ Данные о количестве дней на средний случай, предполагаемых к перемещению в амбулаторную помощь, не предоставлены.

⁸ Данные о соотношении больничных/амбулаторных затрат не приводятся.

⁹ Автору пришлось изучить микросценарий 3, чтобы понять, что по микро-сценарию 2 на уровне краевых и районных больниц предполагались равные затерты на выписанного больного. Микро-сценарий 3, таким образом, фиксирует упрощенное понимание затрат, ко какой-то причине предлагаемое в предыдущем сценарии.

Практический опыт, накопленный на местах (территориях), предполагает, что областные, городские, центральные районные и сельские участковые больницы по затратам на выписанного пациента сравнимы в пропорции 1/0,7/0,6/0,4. Поскольку такие дифференциации уже встроены в саму модель, экономия затрат по микросценарию 2 меняется следующим образом: 0,99 процента вместо 0,84 процента, что достигается большей госпитализацией в центральные районные больницы; 0,31 процента в сравнении с 0,32 процента, что достигается перемещением стационарных пациентов в дневные стационары; и 4,44 процента в сравнении с 4,48 процента через улучшение добольничной диагностики.

В общем, дефицит снижается до 1,09 процента от расходов, если его скорректировать по дифференцированным удельным затратам по уровню больничной помощи (по микросценарию 30, в сравнении с 1,19 процента, если его не корректировать по вышеприведенному фактору (как в сценарии 2).

Микросценарий 4. Поскольку предыдущие шаги не смогли исправить весь дефицит, руководители органов здравоохранения Алтайского Края рассмотрели возможность снижения уровня госпитализации с 25 до 20 случаев на 1000 человек населения как дополнительную корректировочную меру в стационарном секторе здравоохранения. Предлагаемую среднюю нужно будет смоделировать по клиническим группам. Документального свидетельства о проведении такой работы до настоящего момента не имеется.

Микросценарий 5 Прямая оплата услуг пациентом рассматривается как стратегический резервный подход, который можно было бы использовать при необходимости дополнительного снижения затрат. Следующие опции (стратегических) методик рекомендуются органами здравоохранения для дальнейшего рассмотрения и моделирования: (i) Платные услуги приемлемы, если их применять только для зарабатывающего населения. Хронические больные будут освобождаться от платных услуг. (ii) В качестве альтернативы платные услуги могут ограничиваться только оплатой питания, пребывания в больнице, не-жизненно важных лекарств и расходного материала в количестве, одобренном местным руководством и обществами потребителей. (iii) Платные услуги можно дифференцировать в зависимости от тяжести заболевания и срока госпитализации.

Микросценарий 6. Введение ограничений на пакет бесплатных услуг. Так же, как и в предыдущем сценарии, этот подход не был проверен в количественных имитационных моделях. Нет четкого представления о том, нужно ли выравнивать исключения по заболеваемости, типу помощи или типу лечебного учреждения. Отрицание свободного доступа к бесплатным услугам здравоохранения считается политически чувствительным вопросом. Территориальная администрация Алтайского Края посчитала этот подход наименее желаемым.

Модель Кемерово/Алтайского Края отрабатывается итеративным методом. Результаты каждой итерации были объединены в три

базовых сценария: сценарий А. Лечебные учреждения полностью обеспечивают медицинскую помощь. Дефицитный разрыв бюджета здравоохранения достигает 40 процентов. Сценарий Б. Обеспечение услуг выборочно ограничено, что в результате дает 7-процентный уровень дефицита. Сценарий В. Обеспечение услуг строго ограничено, что дает возможность сбалансировать бюджет здравоохранения.

Набор рекомендаций, относящихся к рационализации сети лечебных учреждений представлен как оптимальная комбинация опций различных сценариев. К основным рекомендуемым подходам относятся следующие:

1. Последовательный перевод услуг и ресурсов на более затратоэффективные формы доставки помощи, в частности, через усиление первичной помощи, создание лечебных учреждений нового типа для снижения уровня госпитализации и срока пребывания на койке в учреждениях стационарной помощи по острым случаям, как, например, дома сестринского ухода, хосписы, дневные стационары.
2. Перераспределение коечного фонда между клиническими отделениями.
3. Сокращение
4. Определение услуг, которые можно исключить из государственного пакета бесплатных услуг и перевести на альтернативные источники дохода.

К моменту завершения работы программы ЗдравРеформ в Кемеровской области и Алтайском Крае не поступило ни одного отчета о полученных результатах рассмотрения вышеперечисленных вариантов перераспределения ресурсов здравоохранения.

4. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ ЗАТРАТ

В Кемеровской области страховые организации возмещают больничные затраты, используя тарификатор клинических групп, куда входят 1.500 клинико-статистических групп (КСГ). КСГ разбиты в группы по основным заболеваниям МКБ 9, нескольким сопутствующим заболеваниям и хирургическим процедурам¹⁰. Нормативы (ставки) КСГ рассчитываются умножением стандартных ежедневных затрат на стандартный срок госпитализации. Нормативы дифференцируются по трем больничным категориям: клиники, другие городские больницы и сельские больницы.

¹⁰ Роль хирургических процедур, как она представляется в отчетности, в клинических группах не ясна. Вероятно, этот параметр не стал частью стандартной методологии формирования клинических групп.

Предполагается, что больницам будет обеспечиваться полное возмещение затрат по КСГ. (если соображения качества не побуждают к принятию другого решения, что будет объяснено ниже). Если срок госпитализации выше или ниже 50 процентов стандарта КСГ, ставка возмещения затрат будет зависеть от среднего срока госпитализации как такового. Больницам, таким образом, будет позволено удерживать сэкономленные средства, полученные в результате более короткого, по сравнению с ожидаемым, средним сроком госпитализации¹¹. Такая организация возмещения затрат превращает методологию КСГ в подход, по-настоящему привязанный к результатам деятельности. Стимулы для больниц лечить своих пациентов быстрее являются очевидными и понятными.

Создатели данной системы вполне законно предвидели, что прямые финансовые стимулы, предполагаемые тарификатором нормативов КСГ, могут поставить под удар качество оказываемой помощи, приводя, в первую очередь, к преждевременным выпискам. Концепция КСГ, поэтому, была доработана с самого начала введением проверок и системы контроля качества, уравнивающих рвение больниц к повышению производительности. Переменная качества представлена шкалой баллов в диапазоне от нуля до единицы. Эти баллы количественно измеряют степень соответствия медицинского лечения с установками лечебных протоколов конкретной КДГ. Лечебный протокол представляет собой перечень процедур, которые считаются соответствующими для конкретной группы клинических случаев. Многие международные консультанты, приезжающие в Кемерово с целью проведения технической оценки, неоднократно приходили к выводу, что лечебные протоколы излишне регламентированы и напоминают столь широко критикуемый на западе подход в медицине, именуемый "поваренной книгой". И, наоборот, создатели медико-экономических стандартов (МЭС) в Кемерово утверждают, что медико-экономические стандарты делают достаточный упор на результаты лечения, а не просто на виды лечебных мероприятий. Так или иначе, несостоятельность лечебных учреждений в выполнении всех процедур, регламентируемых МЭС, может привести к карательным мерам неполного возмещения больничных затрат.

Предполагается, что штатные больничные эксперты будут проводить оценку качества внутри учреждений, анализируя и подписывая карты выписки

¹¹ Ни один из имеющихся отчетов не дает информации о более высоком, по сравнению со средней, возмещением затрат в Кемерово. Очевидно, что незначительные отклонения вверх не подлежат дополнительному возмещению. Учитывая основную логику стимулирующих систем финансирования, это бы означало, что риск чрезмерного объема помощи должен, по крайней мере частично, покрываться самими ЛПУ. Однако, проблема не снимается в отношении резко отклоняющихся случаев (предположительно 50 процентов и более). Методология по резкоотклоняющимся случаям, скорее всего, существует в Кемерово, но не известна автору данной работы. Для больниц было предложено противоубыточное перестрахование

больного. Штат отделов контроля качества страховых компаний осуществляет контроль за внутриабольничным контролем качества путем проведения 5-процентного рандомизированного исследования (анализа) выписок. Ретроспективно на лечебные учреждения налагается штраф в пропорции: (i) отклонения от МЭС конкретно по пролеченному случаю; и (ii) случаи некачественной помощи в лечебных отделениях конкретной больницы относительно среднего показателя по области по той же клинической специальности.

Согласно отчетным данным, результат (само) оценки возмещения больничных затрат по клинико-затратным группам, двойной: (1) Значительно снизился срок ожидания (очередь) госпитализации. (2) Качество услуг улучшилось. Независимые оценки подтверждают множественное положительное влияние возмещения затрат, основанного на стимулах. Переход от стационарных на поликлинические индикаторы запустил механизм сокращения стационарного сектора. Происходит постоянное перемещение ресурсов в дневные стационары и прочие лечебные учреждения, представляющие альтернативу дорогостоящим (круглосуточным, полным) стационарам. Система контроля качества, хотя все еще и выполняющая карательную роль, охватывает 8 процентов пролеченных случаев, способствуя более жесткой профессиональной дисциплине и воспитанию более доброжелательного отношения медицинских работников к пациентам. Покупатели услуг, такие, как, например, Кузбасский фонд болезни, самый большой подрядчик ТФОМС в области, а также центр введения новых методов финансирования лечебных учреждений, вовлечены в буксующий процесс учета и контроля затрат в больницах. Свою задачу они видят в введении унифицированной методологии, дающей возможность проводить прямые сравнения больниц по уровню их затрат.

Это облегчит процесс заключения контрактов на конкурсной основе, что уже становится рутинной практикой в Кемерово, но, тем не менее, нуждается в методологической последовательности.

Важен и тот факт, что опыт Кемерово по МЭС послужил прототипом аналогичных систем повсеместно в России и других бывших советских республиках. Разработчики МЭС в других регионах России и республиках бросили вызов Кемеровским первопроходчикам, составив еще более подробные перечни КСГ, каждая из которых подкреплялась предписывающим лечебным протоколом, стандартным средним сроком госпитализации, стандартными затратами на пациенто-день, рассчитанными на основе регламентированных перечней процедур. Рекорд был поставлен в Новосибирске, где насчитали от 10.000 до 12.000 МЭС. Иметь общее количество МЭС порядком в несколько тысяч стало делом профессиональной чести чиновников здравоохранения и специалистов здравоохранения по МЭС.

Работая в других регионах бывшего Советского Союза, таких, как Томская область в России, Иссык-Кульская область в Кыргызстане и Жезказганская область в Казахстане, эксперты ЗдравРеформ по вопросам финансирования

здравоохранения попытались предотвратить тенденцию непродуктивной фрагментации клинических групп в контексте введения норматива и работы по контролю и обеспечению качества¹². Вместо этого стимулировалась направленность на интегрирование, превалирующее на перечисленных территориях: клинических групп стало меньше, в то же время они стали более состоятельными и легче поддающимися корректировке и обновлению. Финансовая часть тарификаторов финансирования по клиническим группам была дополнена шкалой относительной ресурсоемкости в качестве инструмента пересчета тарификаторов возмещения затрат соответственно изменяющимся лечебным схемам, объемам помощи, организационно-финансовым моделям больничного сектора. От клинических протоколов отказались совсем. Это дало два положительных последствия: (i) Ставки финансирования клинических групп стали ассоциироваться с реальным объемом помощи и затратами в противовес идеализированным перечням обязательных процедур. (ii) Контроль качества теперь может осуществляться согласно таким клиническим установкам, которые определяют соответствие оказываемой помощи в более широком и более удобном для контроля плане, например, критерии госпитализации и выписки больных. А Кемеровская область, между тем, продолжает работать с тысячами МЭСов.

5. ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗАТРАТ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Разработка и апробация новых методов оплаты амбулаторно-поликлинических услуг были простимулированы в Кемерово следующими задачами: (i) определить профилактическую и первичную помощь как приоритет здравоохранения; (ii) увеличить объем и качество амбулаторных услуг с целью снижения общих затрат здравоохранения; (iii) укрепить лечебные учреждения первичной помощи как устойчивую движущую силу сдерживания затрат; (iv) запустить первичную помощь на оси саморегулирующих механизмов и свободном выборе потребителя в секторе здравоохранения.

Все перечисленные задачи предполагают, что амбулаторная помощь должна работать на стимулирующих методах возмещения затрат.

Методы платных услуг были отвергнуты по следующим причинам: (i) они могут вызвать взрыв затрат и сделать затраты здравоохранения непредсказуемыми; (ii) избыточный объем услуг является неотъемлемой частью этих методов; (iii) обеспечители услуг не заинтересованы в улучшении

¹²Wickham, C., Purvis, G.. *Health Payment Systems Reform: A Case Study of Zhezkazgan Oblast, Kazakstan*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, MD. 1997

¹²Purvis, G. *Case Study of Health Care Reform in the Issyk-Kul Oblast, Kyrgyzstan*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1997

здоровья пациента; (iv) врачи первичной помощи не мотивированы к координации помощи с узкими специалистами амбулаторной и поликлинической служб; объем счетов и финансовая информация, а также бумажная работа, превышают возможности обрабатывать получаемые данные как лечебных учреждений, так и страховых компаний.

5.1 Эксперименты 80-х годов

Собственный опыт Кемерово за последние десять лет неизменно предполагает, что оптимальный метод финансирования амбулаторной помощи следует искать в области фондодержания и предоплаты подушевого норматива. В конце 80-х годов Кемерово, наряду с Самарой (бывший Куйбышев) и Санкт-Петербургом (бывший Ленинград), была определена Министерством здравоохранения СССР для экспериментальной апробации так называемого Нового Экономического Механизма (НЭМ). Ожидалось, что НЭМ будет активизировать экономические стимулы лечебных учреждений для того, чтобы сделать сектор здравоохранения более затратноэффективным и нацеленным на здоровье пациента. НЭМ потерпел поражение по ряду причин:

(1) Не были проведены основные нормативно-законодательные корректировки, которые бы создали более благоприятную среду для работы стимулов и конкуренции. В частности, лечебным учреждениям не дали автономии хотя бы и в рудиментарном виде, таким образом, мешая самоуправлению, которое можно было бы направить соответствующими стимулами.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВОЗМЕЩЕНИЕ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ КЕМЕРОВО

В Кемерово существует двойная система финансирования здравоохранения: 30% фондов собирается путем Обязательного Медицинского Страхования (ОМС), а еще 70% поступает из доходов бюджета. Эта двойственность происходит от того, что областные Управления Здравоохранения, и Кемеровское в частности изначально отказались сливать средства в Территориальные фонды страхования. А это в свою очередь следствие множества ошибок и непоследовательности, заложенных в основу страхового законодательства.

Кто же оказался в победителях и кто проиграл в матче за контроль над финансовыми ресурсами между Территориальным ФОМСом и областным отделом здравоохранения? В Кемерово в выигрыше оказался облздрав, а в проигрыше - все население области. А причина подобного исхода заключается в следующем: система ОМС ведет борьбу за то, чтобы реструктуризировать предоставление услуг и ориентировать их прежде всего на потребителя, ввести в действие экономические стимулы, дать дорогу конкуренции, в основе которой лежит качество. Тем не менее количественная шкала, по которой измеряются саморегулирующиеся механизмы эффективности и рентабельности, очень ограничена: 30% от и без того бедного фонда здравоохранения - этого явно недостаточно, чтобы изменить саму систему. И в любом случае жалкие потуги ОМС были категорически сметены безжалостной политикой Облздрава, выделяющего фонды без оглядки на производительность и качество просто для того, чтобы сохранить все без исключения учреждения, составляющие сеть.

Оставляет ли подобное отношение надежду на то, что новшества когда-либо будут оценены по достоинству? Попытки вырваться из старых оков время от времени делаются. Поликлиники получают финансирование отчасти по подушному принципу, причем это относится ко всем амбулаторным услугам. Больницы получают оплату по общему количеству выписанных больных. Структура шкалы ставок по клинико-статистическим группам (КСГ) построена по принципу Медико-Экономических Стандартов. Людмила Исакова, Сибирский Фонд Социального Развития и управления Страхованием, говорит, что правда состоит в том, что наши КГС сильно отличаются от американских (группы, объединенные по нозологическому принципу). Формирование групп происходило по странному методу. Групп слишком много, а врачи тем не менее настаивают на разбивке на еще более мелкие группировки, поэтому процесс кажется бесконечным. Вы спрашиваете нас об общем состоянии политики возмещения затрат. Ответ один - она неадекватна, т.к. она ставит в неравные условия поликлинический сектор. У стационаров есть стимул прележивать как можно больше больных и в тоже время поглощать все больше и больше ресурсов, в то время как сектор первичной помощи остается попросту индифферентным. В этом смысле никаких изменений не произошло. Какой же выход? Укреплять фондодержательство, зацепить за него первичный сектор и/или ввести глобальные (общие) бюджеты в сочетании с пулами рисков, как это было предложено в Соединенных Штатах.

Чтобы закрепить результаты, те медицинские услуги, которые подпадают под классификацию социально ориентированных, как например туберкулез либо психиатрия, должны финансироваться прежде всего с учетом затрат и таких категорий, как койко-место, пациенто-дни, занятость врача либо другого постоянно задействованного персонала. Эти заболевания требуют длительного лечения и должны финансироваться из госбюджета независимо от производительности.

И, наконец, поскольку существующий уровень финансирования составляет менее 50% от докризисного уровня, медицинские учреждения все в большей степени предоставляют платные медицинские услуги, работают по контрактам с предприятиями, коммерческими страховыми компаниями, общественными фондами. Ни один из этих источников финансирования как следует не регулируется.

(2) В то время сохранялись несоответствующие и негибкие удельные нормы финансирования, а также полный запрет на внутреннее перераспределение ресурсов по затратным категориям.

(3) Поликлиникам было предоставлено больше экономических прав, стало больше обязанностей. Они стали полными фондодержателями, и, в качестве таковых, несут ответственность за оплату услуг амбулаторно-стационарных лечебных учреждений, куда они направляют своих пациентов. Территориальные медицинские объединения -- сеть лечебных учреждений - фондодержателей, образованная поликлиниками и направляющими лечучреждениями, стала организационной основой для полного фондодержания. Разработанная система, тем не менее, не сработала из-за вышеперечисленных, а также следующих причин:

(a) В отсутствие сильной конкуренции поликлиники оказались не очень заинтересованными в новых экономических инициативах. Конкуренция между лечебными учреждениями не стимулировалась никаким образом, поскольку ни областная администрация здравоохранения, ни позже ТФОМС, как организация-покупатель услуг, не подготовили ни конкурсное подписание контрактов, ни проявили политической воли к сокращению лечебных учреждений и персонала и не предприняли никакие другие мероприятия, диктуемые конкуренцией и чреватые социальным конфликтом и критикой со стороны руководства.

(b) Поликлиники слишком крупны и гетерогенны для того, чтобы суметь выработать общие экономические стимулы, даже если они этого и захотят. Как правило, у руководства (главврачей) нет ни достаточно полномочий, ни воли для того, чтобы выровнять работу учреждения в целом последовательной работой по защите здоровья, клинической практике, финансовым целям и установкам. Два типа внутренней дихотомии способствуют разобщенности больниц и делают их недостаточно реагирующими на стимулы: (i) специалисты, как правило, чувствуют сопротивление со стороны врачей общей практики, которым бы хотелось переместить больше помощи в свои лечебные учреждения и, таким образом, претендуют на большую долю в подушевом финансировании; (ii) ожидается, что высокопрофессиональные и высокомотивированные врачи первичной помощи будут составлять меньшинство в поликлиниках и рассматриваться своими менее мотивированными коллегами как угроза своему существованию.

(c) Поликлиники, которые работали таким образом, чтобы получать прибыль от своего фондодержания, делали это за счет здоровья своих пациентов. Случаи нетрудоспособности в результате запоздалых направлений в стационарную помощь, часто представляли как негативное побочное явление фондодержания. Врачи поликлиник неохотно направляли своих пациентов в больницы, не желая оплачивать высокие расходы из своего подушевого бюджета. Тем не менее, уровень их профессионально-организаторских умений оставался недостаточным для обеспечения услуг, заменяющих стационарную службу.

5.2 Модели, подверженные проверке в настоящий момент

В середине 90-х годов сектор здравоохранения Кемеровской области решил (все) начать заново, обращаясь к решению проблем первичной помощи, эффективности и производительности всего сектора здравоохранения в целом посредством всеохватывающего и решительного изменения структуры финансирования и доставки услуг. К этому времени в регионе начала свою работу Программа ЗдравРеформ, готовая к оказанию помощи. Техническая деятельность сконцентрировалась на следующих направлениях:

1. Улучшение методов финансирования поликлиник:

1.1 Расчет подушевого норматива, скорректированного по факторам риска как основной метод финансирования поликлиник за обеспечение помощи (свободно) приписанному населению;

1.2 Создание стимулов для поликлиник для снижения объема больничных услуг;

1.3 Разработка методов улучшения внутреннего управления поликлиник на базе медико-информационной системы;

1.4 Крупномасштабное введение платных услуг как метода оплаты за профилактические услуги.

2 Развитие лечебных учреждений, замещающих больницы, как, например, дневные стационары, стационары на дому:

2.1 Разработка методики затрат и тарификаторов платных услуг для этих учреждений нового типа.

3 Перевод стоматологической службы на систему возмещения затрат по шкале относительной ресурсоемкости.

Предполагалось получить следующие результаты от перечисленных экспериментальных нововведений в поликлиниках города Кемерово:

- Снизить больничные затраты в бюджете ОМС на 20 процентов;
- Повысить удовлетворенность потребителей услугами амбулаторно-поликлинической службы;
- Повысить качество услуг и общие результаты лечебной практики в поликлиниках в соответствии с Поправочным Фактором Качества до 98 процентов;
- Создать условия конкуренции между стоматологическими поликлиниками;
- Улучшить общий статус амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений в секторе здравоохранения.

Для достижения перечисленных результатов опробываются различные методики. Описание этих методик приводится ниже.

5.2.1 Частичное фондодержание с элементами бесплатной медицинской помощи

Считается, что такой подход выгоден для поликлиник, которые еще не готовы принять на себя широкую финансовую ответственность и риски, связанные с полным фондодержанием. Главная слабая сторона частичного фондодержания состоит в отсутствии мотивации со стороны поликлиник к снижению объема больничных услуг. Для устранения этого недостатка были проведены следующие улучшения:

1) Пятнадцать процентов планового финансирования стационарной помощи распределяется на поликлинику. Делается условие, состоящее в том, что эти суммы будут выплачиваться поликлиниками за направления в больницы, как бы возмещая затраты больниц за врачебные услуги. 'Врачебный счет' включает затраты на процедуры с поправкой на сложность случая. Защитники данного подхода объясняют, что финансирование поликлиник с учетом сложности случая за врачебный компонент стационарной помощи будет создавать стимулы для поликлиник не направлять простые случаи в больницы [5: 17]. Очевидно, что фондодержающие поликлиники смогут заплатить своим собственным врачам из бюджета стационарной помощи, если их внутренние (собственные) врачебные услуги позволяют избежать госпитализации. Простые случаи легче всего обслуживать в амбулаторных условиях, поэтому их можно рассматривать как ближайшие цели, на которых следует сосредоточиться.

2) В качестве следующего шага в данном примере, еще одна часть стационарного бюджета будет переведена в фондодержающие поликлиники, т.е. финансирование выбранных стационарных диагностических исследований. Стимул останется прежним: какие бы диагностические исследования не проводили поликлиники, они будут платить самим себе по больничному нормативу. Если поликлиника заключает контракт с другим амбулаторно-поликлиническим учреждением на лабораторно-диагностические услуги, эта поликлиника будет удерживать разницу между той суммой, которую пришлось бы заплатить при проведении этого исследования в больнице и тем, что фактически было заплачено (более дешевому) амбулаторному диагностическому центру.

3) Право на направления в больницы ограничивается врачом первичной помощи. Этого врача необходимо срочно уведомлять о любом случае срочной госпитализации или самонаправления. [Однако, не указывается, должны ли такие случаи госпитализации заверяться врачом первичной помощи до или после госпитализации]. Первичному врачу разрешается контролировать стационарную помощь, участвовать в процессе плановой выписки больного, консультироваться со страховщиком относительно обоснованности продления срока госпитализации. Планируя выписку, врач первичной помощи определяет соответствующую стратегию лечения в

подострой и/или реабилитационной помощи и проводит оценку наличия соответствующих услуг стационара.

4) Врач первичной помощи контролирует качество и определяет поправочный фактор качества (ПФК) в диапазоне от 0 до 100 процентов. Применяемый норматив по клинической группе умножается на ПФК для определения суммы возмещения затрат данной больнице за данный конкретный пролеченный случай.

5) Врач первичной помощи выполняет функции фондодержания внутри этой поликлиники, оплачивая услуги специалистов поликлиники, параклинических отделений, дневного стационара, стационара на дому и прочие услуги.

6) Врач первичной помощи возмещает затраты на проведение лабораторных тестов и консультаций, оказываемых другими амбулаторными лечебными учреждениями, с которыми заключены контракты.

7) Технически выплаты всем субподрядчикам поликлиник осуществляются страховой компанией. Детальная информация предоставляется фондодержащим врачам первичной помощи и, наконец, поликлинике по каждой транзакции, сделанной от их имени.

8) Страховщик обеспечивает фондодержателя дополнительным финансированием, которое формирует профилактический резервный фонд поликлиники. Предполагается, что эти деньги будут использоваться врачами первичной помощи для скорой и неотложной помощи. В конце года неиспользованный баланс накапливается в премиальном фонде фондодержателя.

9) Работа фондодержания контролируется и оценивается в соответствии с критериями, основанными на МЭС.

10) Вспомогательный персонал фондодержащей поликлиники получает вознаграждение в зависимости от общих результатов деятельности поликлиники. Результаты поликлиники учитывают и такой фактор, как объем помощи, перемещенной в амбулаторию.

11) Профилактические услуги и услуги, замещающие больничную помощь, оплачиваются по ставкам МЭС по пролеченному случаю. Тарифная сетка МЭС применяется для возмещения затрат амбулаторных услуг, обеспечиваемых другими учреждениями.

5.2.2 Полное фондодержание

Полное фондодержание считается трудным подходом в смысле управления. Наибольшую обеспокоенность вызывают следующие моменты: (i) Финансовые риски чрезмерно смещаются в поликлиники, угрожая нарушению принципа доступности помощи. (ii) Актуарная оценка недостаточна для того, чтобы сделать объем помощи достаточно предсказуемым и держать под контролем финансовые риски фондодержателя. (iii) Возможности сбора данных и их обработки недостаточны для отслеживания направлений к узким специалистам, финансирования и предоставления слуг.

Тем не менее, полное фондодержание и впредь будет рассматриваться как вариант экспериментальной апробации. Фондодержащая поликлиника задумана как базовое учреждение плана управляемого здравоохранения. В контексте управляемого здравоохранения США, такое учреждение можно определить как ОПЗ, где врачи получают жалование, но не несут финансового риска страхования; вместо этого фондодержащая поликлиника заключает контракт на финансирование страховыми компаниями. Фондодержащая поликлиника вступает в контрактные отношения с теми лечебными учреждениями, в которые направляет своих пациентов. Бюджет фондодержателя вычисляется умножением подушевого норматива на количество членов. Пункты 3-11 модели Частичного Фондодержания (см. выше) полностью применимы и к полному фондодержанию.

5.3 Подушевые нормативы для фондодержащих поликлиник

Нижеследующее описание иллюстрирует методику расчета норматива и распределения финансирования в условиях управляемого здравоохранения, разработанную и в настоящий момент проходящую апробацию в Кемеровской области. Рассматриваются и частичное, и полное фондодержание. Первым шагом стало разделение всех затрат здравоохранения на стационарную и поликлиническую службы в соответствии с базовой разбивкой в финансировании здравоохранения, а также территориальным пакетом услуг ОМС, утвержденным на будущий период. Давайте предположим, что 60 процентов отчислений на личные услуги здравоохранения охватывают стационарную помощь, а оставшиеся 40 процентов идут на амбулаторную помощь. Фондодержащая поликлиника получит 36 процентов от подушевого финансирования. Еще 4 процента, предназначенные для стоматологической службы, останутся на счету плательщика. Далее алгоритмы частичного и полного фондодержания расходятся.

5.3.1 Полное фондодержание

При такой организации финансирования большая часть подушевого финансирования стационара авансируется фондодержателю. Определенная часть общего финансового фонда стационара остается у плательщика для повторного страхования избыточных затрат фондодержащей поликлиники. Давайте определим 'чрезмерные затраты' как затраты, превышающие средние, на 200 процентов. Эмпирически составленная кривая, наглядно показывающая распределение 180.000 больничных случаев по затратам 1994 г., предполагает, что 10 процентов случаев дают затраты, превышающие среднюю по одному-двум факторам или более. Таким образом, 90 процентов планового бюджета стационара будет распределено фондодержателям, в то время как 10 процентов будут удерживаться для перестрахования.

В общем, фондодержащая поликлиника получит: $36\% + 0,9\% = 90\%$ базового подушевого норматива. Еще 4 и 6 процентов будут удерживаться плательщиком для, соответственно, стоматологической службы и резервного фонда перестрахования.

5.3.2 Частичное фондодержание

Фондодержащие поликлиники получают часть стационарного бюджета, чтобы дать им почувствовать эффект чрезмерного использования больничных услуг, или же, наоборот, почувствовать, какую экономию дает перемещение помощи в амбулаторную службу.

Поликлиникам будет авансироваться и их доля больничных затрат, отражающая больничные затраты на заработную плату врачей и другого персонала¹³. По Кемеровским стандартам реалистичная оценка такой доли составляет 15 процентов. В общем, эти поликлиники получают следующую часть от общего подушевого норматива: $36\% + 0,15*60 = 44\%$

5.4 Альтернативные методы разбивки больничных счетов

¹³ Таким способом больницы предохраняют себя от неполного возмещения большинства постоянных затрат -- затрат по статье 3 "Хозяйственные расходы и прочее". Такая постановка дел ослабляет структурное воздействие фондодержания: даже если помощь полностью переместить в амбулаторные условия, больницы все равно будут получать финансирование по статье 3 напрямую из местных органов здравоохранения или страховой компании. Косвенным образом это мешает сокращению и ликвидации избыточных ЛПУ.

Помимо определения объема фондодержания, эксперимент Кемерово представляет еще один уникальный опыт. А именно, финансирование больниц осуществляется по пролеченному случаю. Каждый пролеченный случай финансируется из двух источников: первичным покупателем, как, например, органы здравоохранения или страховая компания, и фондодержащей поликлиникой. Последняя несет ответственность за часть больничного счета пропорционально доле стационарного бюджета, выплаченного авансом. По вышеприведенным примерам эта часть составляет 90 процентов для полного фондодержателя и 15 процентов для частичного фондодержателя.

В Кемерово метод пропорционального распределения применяется однородно: доля, выплачиваемая поликлинике, является той же самой, что и для клинических групп. Преимущество данного метода состоит в том, что он позволяет использовать простую систему взаиморасчетов. Это метод также создает стимулы для фондодержателя избегать необоснованные случаи госпитализации. Если помощь оказывается в стационарных условиях, обычно с меньшими затратами, сэкономленные средства остаются у поликлиники.

Однако, у этого метода есть и свои слабые стороны, которые исходят из тех же самых характерных признаков, что и положительные стороны. Если большинство больничных затрат оплачиваются тем же самым первичным покупателем услуг (органами здравоохранения или страховой компанией) так или иначе, как в случае с частичным фондодержанием, возможные затраты, связанные с направлением пациента в больницу, не столь велики для поликлиники. Это особенно справедливо в случае с относительно простыми и, следовательно, недорогими случаями. Поликлиника ни получит, ни потеряет многого, независимо от того, в какого вида помощи пролечивается простой случай. Метод пропорционального распределения, таким образом, способствует (необязательному отношению) *laissez faire* к одной из самых важных задач фондодержания.

Более того, при определенных условиях, этот метод может выработать неверные стимулы. Давайте рассмотрим случай стоимостью в 200.000 рублей, если он пролечивается в стационаре, и 150.000 руб. при лечении в амбулаторных условиях.. Давайте предположим, что норматив соплаты для поликлиник составляет 50%. Если поликлиника предпочтет лечить случай в амбулаторных условиях, она потратит 150.000 руб. в сравнении со 100.000, которые она заплатит больнице. Финансовые интересы поликлиники, таким образом, диктуют ей отдать предпочтение стационарному лечению.

Альтернативный метод, в настоящий момент проходящий экспериментальное испытание в Кемерово, называется соплата без убытков. Унифицированная доплата на пролеченный случай устанавливается на выплаты фондодержащих поликлиник больницам, куда направляются пациенты. Учитывая, что кривая распределения затрат в Кемерово значительно смещается вправо, доплата на основе средних затрат, возможно, покрывает 3/4 всех больничных затрат. Смещая доплату вверх или вниз, мы можем увеличить или снизить стимулы

сдерживания затрат для фондодержащей поликлиники. Чем выше доплата, выплачиваемая поликлиникой, тем больше стимулов для использования затратоэффективной помощи даже для сложных случаев. И наоборот, если доплату установить на очень низком уровне, доля поликлиник в оплате достигается очень быстро, создавая минимальные стимулы для того, чтобы избежать госпитализацию.

Применение такого безубыточного метода требует постоянного и крупномасштабного контроля затрат в больничном секторе, проведения сложного актуарного анализа, создания базы данных по объему помощи и стоимости услуг здравоохранения.

6. БУДУЩИЕ РЕФОРМЫ: ПРИОРИТЕТЫ И КОНЦЕПЦИИ, КАКИМИ ОНИ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В КЕМЕРОВО

Присутствие Программы ЗдравРеформ в Кемерово было активным, но краткосрочным. Полтора года работы, которая заключалась, преимущественно, в проведении краткосрочных консультаций, дали возможность, в лучшем случае, активно вовлечься в работу системы здравоохранения, которая активно разрабатывалась в течение десяти лет, используя как местные, так и международные интеллектуальные ресурсы. Программа ЗдравРеформ сделала два главных вклада в реформы здравоохранения Кемерово:

А. Кемеровские эксперименты проводились со сверкой на мировой опыт, а именно, основными вопросами политики в здравоохранении, самыми лучшими примерами разработки систем здравоохранения, финансирования и управления мировой практики. Как успехи, так и неудачи, сильные стороны и непоследовательные моменты наносились на мировую карту прецедентов и прототипов. В результате, Кемеровские коллеги выработали более точное представление о своих собственных реформах как в ретроспективном, так и перспективном планах. У них появилось больше возможностей для выбора, причем, случайные выборы стали менее вероятными.

Б. Наиболее удачный опыт деятельности Программы ЗдравРеформ в Кемерово вылился в несколько отчетов и руководств, в которых делается обзор лучшего домашнего опыта, оплодотворенный международным опытом и переведенный в методологические инструкции для будущего.

Ниже приводятся предложения Кемерово/ЗдравРеформ, выработанные на основе консенсуса, которые могут определить направления и график последующих стадий реформ финансирования здравоохранения в Кемерово. Предлагаемые подходы решают основные задачи местной повестки дня реформ, как, например, улучшение эффективности и дееспособности сектора здравоохранения посредством лучшей координации услуг и создания более

сильных стимулов для лечебных учреждений. Важно то, что эти предложения последовательны в своей поддержке многостороннего подхода к финансовым нововведениям. Они способствуют выравниванию методов финансирования лечебных учреждений с одной стороны, а также механизмов генерирования ресурсов, законодательно-правовой основы, клинических стратегий и управленческой информации с другой стороны. Улучшение взаимосвязи между вышеперечисленными аспектами могло бы значительно усилить значимость механизмов и методик, уже отработанных кемеровскими новаторами.

6.1 Укрепление координации между пайщиками

Реформаторы Кемерово фокусируются на улучшении координации амбулаторно-поликлинических учреждений со стационарными лечебными учреждениями и плательщиками. Сюда входит разработка взаимосвязанных стратегий для стимулирования каждого пайщика к более эффективному использованию ресурсов, а также улучшению их перераспределения с наименьшими затратами. Следующие точки зрения и подходы предлагаются как часть или добавление к повестке дня реформы для обеспечения дальнейшей желаемой эволюции системы:

1. Необходимо разработать более глубокое видение того, каким образом цели амбулаторных лечебных учреждений совмещаются с целями стационарных лечебных учреждений; какие из этих целей исходят из клинических стратегий, какие берут начало в финансовых механизмах и стимулах, и которые из исходят из обоих мотивационных источников.

2. Необходимо расширить концептуальные и эмпирические знания, чтобы лучше уяснить следующий вопрос: В какой степени конкуренция, с одной стороны, и профессиональные обязательства по качеству предоставляемых услуг, с другой стороны, смогут способствовать или помешать координации лечебной работы между амбулаторными и стационарными лечебными учреждениями?

3. Важная задача новых систем финансирования -- помочь сместить ресурсы здравоохранения из стационарной в амбулаторную помощь -- не была переведена до настоящего момента в количественные задачи. Необходимо проводить более систематическую оценку для каждого уровня системы доставки помощи, определить уровень госпитализации и количество дней лечения в амбулаторных условиях. Результаты необходимо представить в виде обстоятельного доклада, который бы освещал следующие вопросы: (i) объем структурной корректировки, связанной с перемещением помощи в амбулаторно звено; (ii) интенсивность корректировки по времени, т.е. график с промежуточными задачами по каждой клинической специальности, по более мелким географическим регионам, учреждениям; (iii) последствия для объема помощи, затрат, доступности помощи; (iv) требования к инфраструктуре и

потенциальное воздействие на амбулаторные и стационарные лечебные учреждения и их персонал.

4. Необходимо, чтобы специалисты поликлиник и больниц более активно участвовали в перемещении услуг в амбулаторную помощь. Наоборот, их мотивация на большую госпитализацию возросла при системе возмещения затрат по клиническим группам по пролеченному случаю. Врачам поликлиник было разрешено контролировать стационарное лечение и участвовать в плане выписки больного. Однако, им не были даны привилегии (полнокровных) больниц. Необходимо разработать в качестве приоритета правила и процедуру аккредитации больниц. Как только врачи амбулаторной помощи получают доступ к более высоким технологиям в больницах, они смогут повысить свои умения до такого уровня, который позволит им принять на себя больше медицинских обязанностей в условиях амбулатории.

5. Фондодержащие поликлиники получают часть стационарного бюджета. Финансирование производится авансом для дальнейшего выбора: или производить соплату по каждому случаю, направленному в стационар, или замещать больничную госпитализацию амбулаторным лечением и платить своим собственным специалистам. Необходимо также изучить вопрос, желают ли поликлиники принять на себя дополнительные обязанности и каким именно образом следует организовать соплату для поднятия интереса к услугам, замещающим стационарную помощь. Кемеровские новаторы уже признали, что соплата поликлиник является потенциально возможным, но спорным методом, который может дать совершенно противоположный эффект. Было бы логично усилить экспериментальные испытания различными отработывающими механизмами, пока не будет найдена оптимальная точка по каждой категории услуг, которая (i) создаст правильные стимулы (стимулирующие амбулаторную помощь), и (ii) будет достаточно сильной для того, чтобы действительно переместить услуги в амбулаторное звено. Другое исследование должно фокусироваться на методах оплаты врачам поликлиник и больниц, которые бы стимулировали лечение больных в амбулаторных условиях.

АВТОНОМИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В КЕМЕРОВО

В 1990х годах большинство медицинских учреждений перешли в собственность Муниципалитетов и, номинально перестали подчиняться центральным органам власти. Переход от номинальной к реальной автономии еще далеко не завершен. Федеральные и областные бюрократы остались в своих кабинетах, хотя и преобразились. Не удивительно, что они пытаются сохранить свою регуляторскую и финансораспределяющую власть над медицинскими учреждениями. Не смотря на то что принадлежность городу подразумевает определенную степень самоуправления, бюрократическая административная вертикаль, частично парализованная, все еще имеет достаточно сильное влияние. Часто степень автономии зависит от стиля руководства конкретного руководителя, позволяющего либо не позволяющего себя уболтать.

Чего же медучреждения добились на сегодняшний день? В Кемерово они имеют право утверждать штатное расписание и пересределять средства между отдельными статьями бюджета. Постоянные фонды находятся под их контролем. Тем не менее собственность нельзя продавать без ведома администрации различных уровней.

С начала 1990х годов медучреждения получили большую автономию в плане установления уровня зарплат. Официально ставки заработной платы для постоянно работающих все еще регулируются штатным расписанием, которое включает все профессии с разбивкой на 20 подразделений. Эти ставки определяют ядро заработной платы. Тем не менее в настоящее время зарплаты включают и варьирующуюся часть в зависимости от множества дополнительных факторов. «Штатное расписание - очень условная единица. Реальная зарплата включает многочисленные премии и другие надбавки в зависимости от производительности. . . . Что касается производительности труда, то здесь медицинские учреждения имеют больше самостоятельности, нежели самоуправляемые больничные трасты в Великобритании», - говорит Людмила Исакова.

Ослабление регулирования сверху для производителей медицинских услуг подкрепилось недавно проведенной Федеральной законодательной реформой. В декабре 1995 года в России был утвержден закон о некоммерческих медицинских учреждениях. В 1996 году вступил в силу новый Гражданский Кодекс. В соответствии с этими законами учреждения, оказывающие услуги социального характера *считаются некоммерческими и служащими целям обеспечения социальных, культурных и других потребностей населения*. Большая часть медицинских учреждений Кемерово приняли этот статус. Что еще более важно, *это позволяет вести коммерческую деятельность не смотря на этот статус*.

Будет ли все расширяющаяся автономия хороша или плоха для системы здравоохранения - это все еще вызывающий, но тем не менее неизбежный вопрос. В далекой перспективе она (автономия), ясное дело, играет позитивную роль, поскольку автономия медицинских учреждений является ключевым фактором к развитию конкуренции в секторе здравоохранения. Однако в ближайшей перспективе, переход носит разрушительный характер. Бюрократы от здравоохранения старого пошиба создают двойные препятствия: они больше не могут последовательно регулировать систему, служить ее централизованному планированию, и в то же время руководить в рыночном стиле. Однако они все еще достаточно сильны, чтобы совать свой нос в растущую саморегулирующуюся среду. При том, что между учреждениями нет особой согласованности, автономия медицинских учреждений, по словам Романа Зельковича «погружает систему в хаос. Нет планирования, нет бухгалтерского учета. Доступ к ресурсам и их использование ни кем не регулируется, что приводит к низкой эффективности затрат и, довольно часто, к коррупции. Лишь первые несмелые шаги (спровоцированные, пожалуй, *ЗдравРеформой*) были сделаны к тому, чтобы создать механизм управления ресурсами. Тем не менее радикальное ухудшение финансирования наверняка рассеит по ветру все позитивное еще до того, как оно сумеет материализоваться».

6. Необходимо провести оценку системы авансированного финансирования на базе МЭС, с тем, чтобы определить, насколько эта система обеспечивает сильные стимулы для повышения производительности больничного сектора,

как, например, сокращение срока госпитализации. В эту систему финансирования необходимо также ввести стимулы для снижения уровня госпитализации для сбалансирования ныне существующих контр-стимулов.

7. Смещение стационарных больных в амбулаторную помощь снизит доходы больниц и совсем не обязательно снизит затраты. Руководителям больниц придется научиться снижать чрезмерные постоянные затраты, чтобы избежать недостаточного покрытия своих затрат. Сокращение учреждений, закрытие зданий, перевод больниц на альтернативные источники дохода, включая немедицинские, отказ от некупаемых капиталовложений (посредством вывода некоторых услуг на внешние источники, предоставляя некоторые услуги на стороне, закупаая некоторые услуги на стороне), увольняя избыточный персонал, разрабатывая скользкие графики работы для оставшегося среднего и младшего персонала по усмотрению отделения так, чтобы обеспечить обслуживание в часы пик; заключать объемные контракты, предлагая разумные скидки; постоянно менять набор услуг для того, чтобы сбалансировать убытки доходными видами услуг -- эти и другие механизмы необходимо заимствовать у практики управления бизнесом и адаптировать к больничному сектору. Необходимо определить все препятствия на пути рационализации деятельности больниц, классифицировать их на нормативно-законодательные, психологические, а также те, которые объясняются отсутствием правильного руководства или компетенции. Необходимо прилагать постоянные усилия для устранения препятствий, предпринимая юридические действия, проводя кампании в средствах массовой информации, осуществляя обучение по менеджменту, практически демонстрируя современные методики управления финансовой деятельностью и персоналом.

8. Структурная и програмная связь между стационарными и амбулаторными лечебными учреждениями является основным моментом в определении действенного решения проблем эффективного и производительного обеспечения помощи. В настоящий момент многие поликлиники продолжают работать в соответствии с административно-финансовыми инструкциями, а также финансовыми стимулами, которые совершенно не относятся к тем больницам, в которые они направляют своих пациентов. Для обеспечения того, чтобы и амбулаторные, и стационарные лечебные учреждения работали, двигаясь в одном направлении, стационарная и амбулаторная помощь должны обеспечиваться одной организационно-финансовой экономической единицей (организацией). Достижение этой цели потребует возросшей интеграции системы доставки амбулаторной и стационарной помощи.

9. Кемеровская область последовательно работала над внедрением механизмов возмещения затрат лечебных учреждений, при которых фонды распределяются через поликлиники по формуле подушевого финансирования. Конечно, все еще предстоит решить целый ряд проблем в разработке и практическом применении системы финансирования амбулаторной службы.

9.1 В настоящий момент амбулаторные лечебные учреждения, финансируемые по подушевому принципу, имеют мало стимулов или

недостаточно ресурсов для оказания дорогостоящих диагностических услуг непосредственно в своих учреждениях в полном объеме. Возможно, будет необходимо определить план совместного использования этих ресурсов между поликлиниками или между больницами и поликлиниками. Особенно больницам придется играть активную роль в укреплении технических возможностей системы амбулаторной помощи. Совместное пользование лечебной базой, включая оборудование и персонал, может быть решением проблемы, если, конечно, не приведет к (расцвету) госпитализаций. Если принять, что амбулаторные пациенты могут получать помощь в пределах одного законченного случая в нескольких лечебных учреждениях, категории МЭС для законченных случаев лечения должны включать более одного лечебного учреждения в финансировании по пролеченному случаю.

9.2 Критерии группировки случаев для амбулаторных категорий МЭС могут быть скорректированы с учетом несовместимости медицинских практик. Согласно институту социальных и экономических проблем в здравоохранении, многие амбулаторные пациенты получают лечение, не получая диагноза. Это указывает на то, что категориям МЭС, возможно потребуется альтернативная основа для определения и группировки законченных случаев.

10. Если уровень подушевого финансирования лечебных учреждений первичной помощи останется таким же низким, как и в последние годы, стремление избежать риск, как характерная черта экономического поведения поликлиник, возьмет верх над стремлением принять риск на себя. Для того, чтобы не дискредитировать систему фондодержания, ее практическое внедрение должно идти в таком темпе, чтобы соответствовать экономическому восстановлению сектора здравоохранения, по крайней мере до его предкризисного уровня.

11. Страховым компаниям придется играть важную роль в улучшении возможностей и работы амбулаторной службы, а также в перестройке больничной и амбулаторной служб. Эти организации должны быть полностью вовлечены в стратегии разработки и апробации для достижения необходимых улучшений в области структуры, распределения ресурсов и качества в амбулаторной помощи и обеспечения стимулов для улучшения общей экономической эффективности больничной помощи.

11.1 Имея финансовые стимулы для снижения уровня необоснованных госпитализаций и срока госпитализаций, страховым компаниям следует разработать критерии анализа использования объема помощи и методы финансирования, разработанные таким образом, чтобы способствовать проведению медицинского лечения в наиболее подходящих условиях. Эти критерии могут быть эффективным методом стимулирования лечебных учреждений к перемещению пациентов из стационарной в амбулаторную помощь.

11.2 Кажется, что страховым компаниям недостает процедур для определения и возмещения затрат по тем случаям, которые можно было бы переместить из стационарной в амбулаторной помощи. По этой причине страховые компании должны быть заинтересованы в разработке критериев для амбулаторных МЭС, которые можно было бы предложить для управления финансированием и качеством. Эти организации должны быть полностью вовлечены в разработку и апробацию категорий МЭС.

12. Очень важно поддерживать центральную роль отвечающих требованиям систем данных и информации в разработке и апробации новых методов финансирования амбулаторной помощи и оценке эффекта этих методик со временем. Традиционно положительно относящиеся к реформированию здравоохранения в отношении аспектов МЭС, лидеры реформ здравоохранения в Кемерово должны разработать более селективный подход к генерированию информации, отчетности и обработке данных. Каждая область базы данных должна быть полезной для конкретного использования в управлении здравоохранением и финансировании. Следующие наблюдения могут помочь в дальнейшей работе, относящейся к МЭС:

12.1 Стимулы, заключенные в системы фондодержания, будут доступны лечебным учреждениям, если они будут знать, как измерять, контролировать и управлять своими затратами. Информационные системы, оказывающие помощь, как и прежде, законодательно-правовым, научно-исследовательским и страховым учреждениям, в большой мере продолжают игнорировать потребности в управленческой информации лечебных учреждений. Работа над МЭС должна распределяться более равномерно и быть нацелена на медицинские учреждения.

12.2 Действующие в настоящий момент категории МЭС все еще основываются только на диагнозах с некоторыми экспериментальными исключениями. Хирургические процедуры на получили соответствующего внимания как клинический параметр и определитель затрат пролеченного случая. При пересмотре категорий МЭС в будущем, а также развитии амбулаторных категорий МЭС, разработчикам тарифной сетки необходимо продумать потенциальную роль хирургических процедур в структуре и работе классификационной системы МЭС.

6.2 Интегрированные системы здравоохранения

Вышеперечисленные предложения предназначены для укрепления уже достигнутых результатов в области реформирования системы финансирования в Кемерово. Их назначение состоит в том, чтобы интегрировать в общем и целом успешные нововведения в один согласованный механизм, получить максимальный результат от нескольких лет работы, устраняя очевидные несоответствия, осуществляя соответствующую наладку, настройку и расширяя опыт.

Улучшая существующие механизмы, эксперты Кемерово также пытались смотреть в будущее и думать о дальнейших направлениях следующего “стратегического прорыва”. Такие направления должны исходить из предыдущего опыта, но, одновременно означать значительный шаг в долгосрочной эволюции региональной системы здравоохранения.

Основной подход был определен как развитие интегрированных систем финансирования здравоохранения и доставки помощи или, более точно, интегрированных систем здравоохранения (ИСЗ). Эти системы будут строиться на основе предыдущего опыта с разработкой и внедрением фондодержания на базе поликлиник, контрактов между плательщиком и лечебными учреждениями, стимулирующих методов возмещения больничных затрат и обеспечения качества помощи с ориентацией на результат деятельности. Целью, таким образом, является начать с усиленного профессионального и финансового взаимодействия независимых плательщиков и обеспечителей услуг, переходя к почти полной интеграции их экономических стимулов, клинических и деловых стратегий и, таким образом, ресурсовой базы.

Большую часть работу, связанную с разработкой, экспериментальной апробацией и оценкой ИСЗ, все еще предстоит сделать. Однако, Программа ЗдравРеформ и кемеровские коллеги не имели достаточно времени для того, чтобы прийти к консенсусу по концепции данной системы как основы для ее организация и деятельности. Было написано руководство, в котором даются основные направления для будущих разработчиков ИСЗ. Тиссульский район с населением в 32.000 был определен как первый экспериментальный район для апробации модели ИСЗ на практике. Ниже приводится описание этой модели и последствия, к которым может привести переход к ИСЗ, для всей политики в здравоохранения и страхования как в Кемеровской области, так и всей страны в целом.

6.2.1 Основная характеристика предлагаемого эксперимента по введению ИСЗ и возможные последствия

Предлагаемая модель ИСЗ основана на подходе, который в значительной мере выходит за рамки ранее апробированных схем фондодержания. Согласно этой модели, финансирование распределяется не индивидуальным поликлиникам и больницам, а в целом всей сети лечебных учреждений, которые работают по программе страхования в регионе, обслуживаемом конкретной страховой организацией. ИСЗ будет финансироваться в целом, на основе подушевого норматива, покрывающего интегрированный набор услуг.

Разработчики системы надеются, что такая организация создаст равные стимулы всему блоку лечебных учреждений к повышению качества и экономической эффективности услуг¹⁴. Заботой каждого лечебного

¹⁴Согласно предлагаемой модели подушевого финансирования, скорее лечебные учреждения, а не пациенты, осуществляют большую часть контроля

учреждения -- будь то поликлиника, больница, диагностический центр или аптека, -- становится обеспечение бережливого, рачительного использования помощи по всей сети лечебных учреждений в целом, а не только отдельно взятым обеспечителем услуг. Основной принцип состоит в том, что валовой доход каждого обеспечителя услуг -- участника ИСЗ, определяется его долей в авансированно выделенном бюджете ИСЗ, а также его вкладом в общий сэкономленный фонд ИСЗ, полученный в результате повышения экономической эффективности.

Предполагается, что в начале каждого финансового года ИСЗ будут получать бюджет, определенный по подушевому нормативу, помноженному на количество подписчиков на ИСЗ (иначе называемые приписанным населением). Подушевой норматив должен отвечать двум требованиям: (i) покрывать определенный пакет льгот и соответствовать общим ограничениям бюджета территориальной системы здравоохранения; (ii) бюджет должен быть обсужден и одобрен тем плательщиком, который обслуживает данный район и будет обеспечивать финансирование конкретной ИСЗ.

Основной принцип системы подушевого финансирования состоит в том, что он покрывает интегрированный набор (пакет) услуг. Особо важно уделить должное внимание услугам, объем которых может значительно меняться в зависимости от того, каким образом весь блок помощи координируется между обеспечителями услуг. Чем больше услуг будет предоставляться в рамках выделенного подушевого финансирования, тем больше будет создаваться возможностей для минимизации затрат путем замещения помощи.

Хорошим примером является скорая помощь. Как только скорая помощь станет частью подушевого финансирования, стационарные и амбулаторные лечебные учреждения станут активно заинтересованными в компоненте скорой помощи системы доставки услуг. Врачи первичной помощи будут заинтересованы в сокращении срочных вызовов, предупреждая срочные вызовы и проводя амбулаторное наблюдение пациентов группы риска методами управления кризисными случаями.

Таким образом, им придется тратить меньше на услуги скорой помощи, выплачивая из своей части авансированного подушевого финансирования ИСЗ. Сэкономленные средства будут накапливаться в общем фонде сэкономленных средств ИСЗ. Часть этих средств в виде премиальных выплат возвратится врачам первичной помощи, которые внесли свой вклад в повышение производительности ИСЗ в целом посредством снижения объема высокочрезмерных услуг скорой помощи.

Больницы установят координированную связь со станциями скорой помощи и отделениями скорой помощи для обеспечения помощи оптимальным способом. Скорая помощь может оказать кардинальное влияние на затраты

конкретных случаев. ЛПУ несут на себе финансовый риск. Пациенты же разделяют ответственность здравоохранении, главным образом, осуществляя ежегодно свой выбор обеспечителя услуг.

последующего стационарного лечения. Сложность случая скорой помощи может быть снижена или повышена до госпитализации в зависимости от того, сколь хорошо или плохо была оказана скорая помощь. Возмещение затрат по клиническим группам, как часть системы организации ИСЗ, мотивирует больницы к контролю своих затрат. Часть финансовой стратегии состоит в минимизации негативных проявлений, включая и те, которые являются результатом не отвечающей требованиям скорой помощи. Больницы скорее предпочтут вложить деньги в повышение качества работы бригад станций скорой помощи, нежели чем иметь дело с медицинскими и финансовыми последствиями их неэффективной работы.

В качестве другого примера можно привести обеспечение лекарствами и объем их использования. Если, или как только ИСЗ организует свою собственную аптеку, то, в этой области сразу же можно ожидать значительные изменения. С одной стороны, закупка лекарств станет гораздо лучше скоординированной, сокращая, таким образом, расходы ИСЗ на лекарства. С другой стороны, ИСЗ может решить выборочно увеличить закупку лекарств из своего подушевого бюджета, если это поможет перевести стационарных пациентов на амбулаторное медикаментозное лечение, а экономия на сокращении уровня госпитализации обещает превысить дополнительные расходы на лекарства.

Важно тот факт, что все-включающее подушевое финансирование улучшит координацию помощи между ИСЗ и прочими сторонними лечебными учреждениями. С этой целью ИСЗ необходимо дать мандат на покупку помощи на стороне, а также передать ответственность на оплату этой помощи из своего подушевого бюджета. В настоящий момент сельские участковые и центральные районные больницы, не задумываясь, перенаправляют относительно несложные случаи в специализированные учреждения третичной помощи, как, например, областные клинические больницы. Относительно высокие затраты будут возмещаться из областного бюджета. Поскольку возмещение затрат происходит на основе пролеченного случая, то, можно предположить, что больницы не станут возражать против госпитализации большего числа пациентов, независимо от клинической необоснованности многих случаев госпитализации. Моральная безответственность (риск) поведения обеих сторон перестанет поощряться, когда направления ИСЗ в специализированную помощь будут нести с собой дополнительные затраты на лечение своих пациентов на неоправданно высоком уровне.

Вышеприведенная дискуссия относится к подушевому финансированию, интегрированному как по горизонтали, так и по вертикали. Интеграция по горизонтали означает то, что весь объем взаимосвязанных услуг, включенных в пакет услуг, финансируемых через государственный бюджет, будет финансироваться авансированным подушевым бюджетом. Интеграция по вертикали предполагает то, что ИСЗ, находящаяся на подушевом финансировании, будет оплачивать лечебные учреждения всех уровней

помощи, которые являются и не являются участниками ИСЗ и которые оказывают услуги членам СИЗ.

Наряду с общей помощью, предоставляемой ИСЗ, можно было бы разработать и подушевые планы по оказанию специализированной помощи. В этом случае, общие финансовые стимулы и обязанности объединят обеспечителей услуг в отношении конкретной клинической специальности, группе заболеваний или конкретной категории населения. Тот же, что и описанный выше, интеграционный принцип будет определять структуру, деятельность и возмещение затрат таких планов (ИСЗ): с одной стороны, подушевое финансирование должно охватывать профилактическую, диагностическую и лечебную помощь; а с другой стороны, через лечебные учреждения различного уровня организационной системы. В таких условиях будет стимулироваться более тесная координация врачей и медицинского персонала стационарных и амбулаторных лечебных учреждений при использовании тех же методов, которые были описаны выше. Родовспоможение имеет хорошие основания для создания специализированных ИСЗ.

Гинекологическая клиника, педиатрическая поликлиника и роддом (или родильное отделение) будут координировать свою работу для снижения возможных неблагоприятных исходов на различных стадиях беременности, родов, послеродового состояния и ухода за новорожденным. Все стадии помощи будут оплачиваться в целом, на основе авансированного подушевого финансирования. Это создаст стимулы для обеспечения по-настоящему непрерывной помощи, ориентированной на итоговые результаты деятельности. И наоборот, если роддом получает свое возмещение затрат на основе клинко-диагностических групп как отдельная организация(учреждение), она так и останется незаинтересованной в снижении уровня послеродовых осложнений.

Руководители реформ в Кемерово в основном согласились, что подушевое финансирование ИСЗ не должно административно контролироваться ни медицинской страховой компанией, ни территориальными органами здравоохранения, т.е. покупатель должен быть отделен от обеспечителя услуг. Контракт ИСЗ должен определить отношения между плательщиком и ИСЗ как независимой юридической и экономической единицей. ИСЗ, в свою очередь, может использовать (суб) контракты с лечебными учреждениями, чтобы сформировать себя как ассоциацию независимых обеспечителей услуг, выравненных по общей миссии, задачам и стандартам. Таким образом, лечебные учреждения, участники ИСЗ, будут вести бизнес как субподрядчики ИСЗ.

6.2.2 Предпосылки для введения ИСЗ

В Кемерово существует общее мнение, что ИСЗ не смогут работать и оправдать ожидания, пока не будут созданы более последовательные внешние условия. Неотъемлемой частью таких условий должно быть укрепление финансирования здравоохранения под эгидой единого покупателя услуг. В контексте политики в здравоохранении в России это предполагает что финансы должны быть аккумулированы в единый фонд из областных органов здравоохранения, муниципалитетов, сельских администраций и ТФМС. Единый плательщик в дальнейшем будет действовать как Центральный Фонд, *in Dutch terms*, используя формулу подушевого норматива с поправкой на фактор риска, для распределения денежных средств медицинским страховым организациям, т.е. местным отделениям ТФМС и независимым медицинским страховым компаниям. До 80 процентов бюджета здравоохранения может возмещаться обеспечителям услуг через организации медицинского страхования. Эта модель доказала свою действенность в Кемерово и рекомендуется местными создателями реформ и их консультантами Программы ЗдравРеформ для повсеместного применения по стране. Обоснования для такой рекомендации следующие:

I. Сектор здравоохранения по-прежнему серьезно недофинансируется. Поэтому, контроль и сдерживание затрат представляют жизненно важное значение. Фрагментированная система финансирования не способствует координированию распределения и использования ресурсов. Более того, нерегулярные и несвоевременные выплаты, поступающие от независимых организаций, зачастую являющихся политическими соперниками, только добавляет к хроническому финансовому дефициту в секторе здравоохранения. Острая нехватка наличности разрушает нынешнее управление и клиническую работу до такой степени, что затемняет потенциальную выгоду от интегрированных ИСЗ в долгосрочном плане. И это нововведение полностью дискредитируется.

II. Сосуществование многих финансирующих организаций и отсутствие координации между ними мешает развитию конкурсного заключения контрактов. Различные плательщики, как правило, не могут согласиться по вопросам бухгалтерского учета, объему помощи и контролю качества. Методологические расхождения ослабляют возможности системы в целом осуществлять контроль и проводить сравнение между лечебными учреждениями по параметрам эффективности и производительности. В результате плательщики не в состоянии осуществлять информированный выбор обеспечителей помощи, а также делать их подотчетными за свою клиничко-финансовую деятельность. Без стимулов и дисциплины, которые привносит конкурсное заключение контрактов, ИСЗ становятся менее ориентированными на экономическую эффективность в своей работе, чем это можно было бы ожидать при введении предлагаемых стимулов.

III. Несогласованные методы возмещения затрат обеспечителей услуг, применяемые к участникам ИСЗ различными плательщиками, приводят к замешательству обеспечителей услуг и ведут к разрушению стимулов деятельности. Местные органы производят особенно разрушительное

действие, финансируя лечебные учреждения методами, которые не имеют отношения ни к объему помощи, ни к затратной эффективности.

IV. Существующая практика разделения альтернативных источников финансирования по затратной категории является контр-продуктивной. Органы здравоохранения и местные органы власти оплачивают коммунальные услуги, мелкое и капитальное медицинское оборудование, ремонт и обновление помещений, а иногда даже и лекарства. Эти суммы распределяются из общей доходной части бюджета на основе, не имеющей отношения к результатам деятельности. Важные статьи затрат, таким образом, исключаются из подушевого финансирования и изолируются от стимулов производительности. Учреждения теряют заинтересованность в повышении использования мощностей и эффективности использования энергии.

После первого опыта по экспериментальным проектам ИСЗ руководители Кемерово в настоящий момент проверяют, насколько следующие предпосылки являются необходимыми для успешного и устойчивого введения интегрированных систем здравоохранения:

1. Подушевое финансирование должно включать большинство -- до 90 процентов -- прогнозируемых затрат, которые в настоящий момент покрываются из общей доходной части бюджета посредством распределения средств без учета результатов деятельности.
2. Для практического ввода подушевого финансирования бюджетные средства должны быть переданы ТФМС.
3. Затраты лечебных учреждений на оборудование, лекарства, медицинские материалы и коммунальные услуги, за исключением основных капитальных затрат, должны быть включены в цену услуг и покрываться подушевым финансированием. Распределение финансирования по конкретному случаю (ad hoc) органами здравоохранения, в обход подушевого финансирования и стимулов, ориентированных на результат деятельности, следует рассматривать как практику, разрушающую реформу финансирования лечебных учреждений. Необходимо проводить как можно больше финансирования через ИСЗ и другие контрактирующие лечебные учреждения.
4. Финансирование из общей доходной части бюджета, которое в настоящий момент находится под контролем местных органов здравоохранения, следует ограничить закупкой дорогостоящего оборудования, охраной общественного здоровья, аккредитованными медицинскими учебными программами и основным ремонтом лечебных учреждений.
5. Необходимо повысить финансовую отчетность всех участвующих сторон посредством проведения независимого аудита и прочих процедур, или же, лечебные учреждения должны быть определены к одной ИСЗ. По всей

системе должны превалировать контракты, не находящиеся под контролем фирмы/организации другой отрасли. Но на практике, может быть предусмотрено объединение с преимущественно одним плательщиком.

6.2.3 Интегрирование различных типов лечебной помощи.

Критически важной предпосылкой успеха системы финансирования на базе ИСЗ является работа стимулов на всех уровнях этой системы. Это предполагает, что между основными функциональными элементами сети ИСЗ устанавливаются экономические отношения. Это можно достигнуть передачей автономии каждому функциональному уровню внутри организации ИСЗ. Могут быть уместны отдельные банковские счета, для улучшения транзакций (проводок), а также финансовой отчетности.

Можно создать и укрепить в качестве строительных блоков жизнеспособного ИСЗ целый ряд экономических компонентов. Это можно сделать следующим образом:

Поликлиники в финансовом и юридическом плане должны быть отделены от городских или районных больниц. Затем, внутри самих поликлиник могут быть учреждены следующие автономные единицы: (1) учреждения первичной помощи, т.е. терапевтико-педиатрические учреждения; (2) амбулаторные учреждения специализированной помощи. Существующая организация крупных поликлиник в России не проводит границы между врачами первичной помощи и узкими специалистами. И те, и другие финансируются из бюджета поликлиники одинаковым способом и независимо друг от друга. Кажется, что у врачей первичной помощи нет стимулов для принятия на себя части процедур, которые в настоящий момент осуществляются узкими специалистами.

Ниже приводятся различные категории первичной помощи, которые можно рассмотреть для их интегрирования с ИСЗ:

- терапевтические и педиатрические отделения поликлиник;
- гинекологическая и терапевтическая помощь как продукт более сложной перестройки структуры поликлиник;
- общая практика, включающая ряд специалистов, причем, последние становятся частью группы фондодержателей;
- независимые врачебные практики;
- любая комбинация вышеперечисленных видов помощи.

Предполагается, что учреждения первичной помощи будут заключать контракты с учреждениями специализированной помощи, напр.:

- многопрофильными врачебными группами на базе поликлиник, заключившими контракт с этими поликлиниками;

- многопрофильными врачебными группами на базе больниц, заключившими контракт с этими больницами;
- многопрофильными группами, укомплектованными штатом из врачей как поликлиник, так и больниц;
- индивидуально практикующими специалистами

Важно то, чтобы лучшим больничным специалистам было разрешено заниматься амбулаторной практикой и составлять конкуренцию специалистам поликлиник. Наиболее успешные специалисты будут получать доход от финансируемых практик первичной помощи независимо от того, базируются ли они в поликлиниках или больницах. Наименее конкурентоспособные не смогут заключить достаточного количества контрактов для восстановления своих постоянных затрат. Это вынудит их выйти из бизнеса.

Новая модель заключения контрактов требует соответствующей законодательно-правовой базы, которая все еще нуждается в основных корректировках федеральных законов, --и, было бы хорошо, если бы она получила одобрение и на местном уровне.

Вспомогательные службы могли бы быть на суб-подушевом финансировании как часть ИСЗ. Так же, как и в случае с первичной и специализированной помощью, вспомогательные службы были бы автономными единицами с частично авансированными собственными бюджетами. Это будет стимулировать, (i) соответствующие затраты на вспомогательные услуги; (ii) создание тех же самых стимулов сдерживания затрат, что и для врачебных услуг.

Обеспечители вспомогательных услуг могли бы договариваться о своих затратах как части интегрированного подушевого финансирования. Большинство этих затрат будут авансироваться, что дает возможность экономить средства путем повышения производительности, и, кроме того, удерживать эти сэкономленные средства, или наоборот, оказаться перед риском перерастраты и дефицита средств. Однако не ясно, в какой степени этот подход является жизнеспособным, учитывая тот факт, что затраты на диагностические услуги находятся в большой зависимости от уровня направлений. Очевидно, что диагностические отделения и центры могут стать заложниками врачей, которые дают направления своим пациентам (на диагностические услуги). Это может мотивировать их к оказанию давления на врачей для того, чтобы снизить объем вспомогательных служб. Остается посмотреть, смогут ли они договориться с выгодой для себя. Мы найдемся, стремление врачей к минимизации затрат будет достаточным для обеспечения клинической обоснованности диагностических направлений и избежания чрезмерного использования этого сегмента системы доставки помощи. Более реалистичной организацией финансирования могло бы быть ретроспективное возмещение затрат обеспечителей вспомогательных услуг на основе платных услуг. В любом случае, параклинические отделения должны мотивироваться

финансовыми стимулами и/или контрактными условиями скорее для снижения своих удельных затрат, а не для locking in prior costs (запираания основных затрат).

6.2.4 Предлагаемая модель фондодержания

В контексте Кемерово, главным обоснованием фондодержания является создание стимулов как для поликлиник, так и для самостоятельных практик первичной помощи взять на себя обязанности по клиническому и финансовому управлению по всей системе здравоохранения в целом таким образом, чтобы заинтересовать обеспечителей первичной помощи в затратоэффективной деятельности, ориентированной на удовлетворение нужд клиента. При такой организации поликлиника или практика первичной помощи получали бы предоплату, которая, как ожидается, покрывает не только затраты первичной помощи, но также и затраты на предоставление услуг другого уровня. Обеспечители первичной помощи платили бы за услуги, обеспечиваемые прочими лечебными учреждениями, и разделяли бы финансовые риски этих услуг.

Конкретное предложение по такой модели приводится ниже.

А. В предлагаемой модели практика первичной помощи [или, иначе, общеврачебная практика] становится покупателем целого ряда услуг. Такая практика получала бы достаточно финансирования для амбулаторно-поликлинических услуг и определенную часть финансирования, предназначенную для покрытия стационарной помощи. Говоря иначе, покупатель делает предоплату общеврачебной практике по согласованному подушевому нормативу. Тогда бы общеврачебная практика покрыла затраты (а) первичной помощи, (б) амбулаторной специализированной помощи, (в) вспомогательных служб, (г) станции скорой помощи/службы скорой помощи, (д) 20-30 % стационарной помощи обеспечиваемой больницами-участниками ИСЗ.

Б. Общеврачебная практика платила бы за услуги, покупаемые на стороне, если таковые не предоставляются внутри ИСЗ вовсе, или на качественно-ценовой конкурсной основе. В случае понесения чрезмерных затрат можно было бы ввести в игру противозатратное перестрахование или, в качестве альтернативы, возмещение резко отклоняющихся затрат для ослабления финансового бремени, возлагаемого на ИСЗ.

В. Будучи фондодержателем, общеврачебная практика имеет три факультативных метода оплаты услуг, обеспечиваемых на других уровнях помощи, помимо первичной:

- Ретроспективное финансирование (платные услуги, финансирование по полному пролеченному случаю, и т.д.)

- Авансированное финансирование предварительно обговоренного объема помощи по типу помощи и лечебному учреждению-участнику ИСЗ;
- Микс методов финансирования, т.е. некоторые услуги будут оплачиваться авансом, а другие будут финансироваться ретроспективно.

Это предложение состояло бы в том, чтобы дать общеврачебной практике преимущественно авансированное финансирование. Предоставление фактического финансирования было бы одобрением избытка отчетного объема специализированных амбулаторных и стационарных услуг над прогнозируемым.

Г. Поскольку большая часть затрат здравоохранения, скорее всего, приходится на стационарный сектор, покупающая организация, которая держит большую часть больничного фонда, будет оставаться основным плательщиком в этой системе. ИСЗ играли бы второстепенную роль, распределяя относительно меньшую долю финансирования напрямую больницам-участникам ИСЗ. Страховая организация будет договариваться об объеме и параметрах помощи с больницами, т.е. обговаривать нормативы возмещения затрат, стандарты качества и модели использования объема помощи.

Значительным переходным шагом к полному фондодержанию может стать практика, в которой большинство стационарных услуг будут авансировано возмещаться напрямую через покупающую организацию. Объем авансированного финансирования стационара будет привязан к характеру объема помощи и характеристикам клинических групп (или другой услуге или статистическим показателям статуса здоровья), по которым взаимно соглашаются данная больница и поликлиника, находящаяся на частичном фондодержании, которая направляет большое количество пациентов на госпитализацию в конкретную больницу. Это бы означало, что такая поликлиника играет важную роль в определении авансированного бюджета стационарных лечебных учреждений, но не имеет дело с фактической выплатой средств.

Важной характеристикой этой модели является то, что факультативные методы авансированного и ретроспективного финансирования основываются на существующей системе ценообразования больничных услуг. Как авансированное, так и ретроспективное финансирование вычисляется на основе полного пролеченного случая с поправкой на МЭС. Разница состоит в том, что при авансированном финансировании МЭС используются как метод контроля финансирования больниц и объема услуг, а не как тарификатор услуг. Поскольку на большинстве территорий России в настоящий момент используется система возмещения затрат по клиническим группам, похожая на МЭС, было бы нетрудно перейти от ретроспективного к авансированному финансированию.

Д. В дополнение к подушевому финансированию, общеврачебные практики также бы финансировались по законченному пролеченному случаю за услуги, замещающие стационарную помощь, а также высокочисленные типы помощи. Сюда входят: дневные стационары, стационары на дому, амбулаторная хирургия, выборочная иммунизация, профилактический осмотр и т.д.

Е. В качестве фондодержателя, учреждение первичной помощи (УПП) могло бы покупать услуги узких специалистов, оплачивая их или по законченному пролеченному случаю или за процедуру. Кемеровский опыт, накопленный за время проведения эксперимента за последние годы, предполагает, что общеврачебные практики скорее бы предпочли второй выбор (платные услуги): общеврачебные практики были бы заинтересованы в выборочной покупке услуг и, таким образом, в ценообразовании и возмещении затрат на основе процедур. Тогда они бы старались принять на себя те процедуры специалистов, которые они могут проводить сами. Узкие специалисты будут продолжать давать консультации и проводить относительно сложные процедуры, за что и будут финансироваться.

Другими факультативными методами финансирования специалистов являются оплата за визит и заранее оговариваемое авансированное финансирование за прогнозируемый объем помощи. Что касается больниц, то общеврачебные практики предпочли бы комбинирование этих методов, т.е. большинство услуг финансировалось бы авансом, в то время, как дополнительные и/факультативные услуги можно было бы отнести к разряду платных услуг при получении согласия со стороны фондодержателя.

Ж. Услуги скорой помощи финансировались бы фондодержателями по фиксированным ставкам за вызов скорой помощи. Ставки бы корректировались по параметрам клинических групп за оказание скорой помощи.

З. Вспомогательные услуги оплачивались бы по принципу платных услуг.

И. Общеврачебные практики получали бы выплаты из целевого резервного фонда риска/стимулов для поддержки деятельности, направленной на улучшение структуры и качества помощи. Стимулы побуждают персонал поликлиник снижать уровень госпитализации и избегать соблазна перенаправлять пациентов в другие лечебные учреждения.

Важно то, что обсуждаемая модель фондодержания значительно отличается от тех моделей, которые были апробированы в конце 80-ых годов в рамках нового экономического механизма в трех экспериментальных районах России, включая Кемеровскую область. Во-первых, в предлагаемой структуре, свойство фондодержания представляет меньшее значение для успеха ИСЗ, чем в прежней модели. Основой ИСЗ в ныне предлагаемой форме является полностью интегрированный подушевой норматив; Контракты между организациями, обеспечителями услуг, которые определяют долю каждого обеспечителя услуг в подушевом финансировании; и глобальные бюджеты,

скорректированные по клиническим группам, для стационарной помощи. Во-вторых, бюджет фондодержателя покрывает только часть затрат стационарной помощи, в то время, как старая модель основывалась на полном возмещении больничных затрат фондодержателями. Возможности фондодержания общеврачебных практик преднамеренно ограничиваются: (i) для того, чтобы учреждения первичной помощи оплачивали только те услуги, которые предоставляют сами; (ii) снизить возможности общеврачебных практик ограничивать обоснованные случаи госпитализации. В третьих, вместо ретроспективного финансирования, доминирующего в старой схеме, здесь рекомендуются методы авансированного финансирования, ставя во главу угла предварительное определение доли обеспечителя услуг в интегрированном поддушевом финансировании.

6.2.5 Финансирование стационарной помощи

Посредством переговоров страховщик и больница соглашаются по больничному бюджету и определяют объем услуг, которые будет обеспечивать данная больница в конкретный финансируемый период. По сути, это модель глобального бюджета. Бюджет будет определяться по базовому объему помощи. Предполагается, что базовые цифры будут корректироваться в соответствии с изменениями спроса в здравоохранении. Необоснованный объем помощи в предыдущий период включен как фактор. Услуги, планируемые к перемещению в амбулаторное звено, будут исключены. Предполагается и жесткий контроль обоснованности отчетных госпитализаций и среднего срока пребывания на койке. В общем и целом, прогнозируемый глобальный бюджет станет ближе к минимальным оценкам: в порядке 70-80 процентов от базовых затрат. Ожидается, что стимулы сдерживания затрат, плюс контрактная дисциплина, помогут больнице укладываться в значительно урезанное финансирование стационара.

Отличительная черта глобального бюджета состоит в том, что объем больничной помощи и ставки возмещения затрат станут договорными. Ничто не утверждается раз и навсегда: и объем лечебной помощи, и параметры интенсивности клинической группы, нормативы финансирования открыты для профессиональной оценки и обсуждения. Это могло бы стать важным шагом на пути полного разурегулирования больничного сектора.

Больница, работающая на глобально бюджете, принимает *de facto* большинство рисков, связанных с избытком помощи. Если реальное количество пролеченных случаев превышает плановое, это грозит финансовыми убытками. С другой стороны, экономия средств, полученная в результате снижения объема помощи и удельных затрат даст превышение дохода над затратами. Например, оговоренный план составляет 100 урологических случаев. При равных параметрах клинических групп и среднего срока госпитализации, больнице будут возмещаться затраты только за это количество случаев, независимо от их реального числа. При 90 случаях госпитализации больнице обеспечивается прибыль. При 110 пациентах

больница будет убыточной. Однако, если все 110 случаев госпитализации окажутся оправданными и не будут превышать запланированный средний срок госпитализации, предполагается увеличение глобального бюджета следующего года на 10 процентов для покрытия уже 110 полных пролеченных урологических случаев.

Такая организация может быть справедливой, если больница контролирует специалистов, которые принимают решения, когда направлять больного, нужно ли его госпитализировать, как долго больной должен находиться в стационаре, какую лечебную и, следовательно, ресурсную интенсивность можно ожидать. Больницы будут стимулироваться к соблюдению обоснованности госпитализаций путем поиска новых способов управления помощью в рамках существующей системы и улучшением взаимодействия между больницей и поликлиникой. Для достижения этих целей рекомендуются следующие пути: (i) проведение добольничного анализа направлений из поликлиник и отсеивание необоснованных направлений; (ii) перемещение помощи в амбулаторное звено, использование больничных ресурсов и лечебной базы (напр. дневной стационар, амбулаторная хирургия); (iii) проведение консультаций с врачами поликлиник до принятия решения о направлении больного в стационар; (iv) введение и расширение амбулаторной практики, использующей врачей больничного персонала.

В условиях России, привлекательной стороной глобального бюджета, как это обсуждалось в Кемерово, является то, что он не грозит больницам финансовыми сокращениями в результате сокращения больничного фонда и/или персонала. Более того, полностью снимаются и ограничения на перераспределение ресурсов внутри больницы. Любой клинически приемлемый способ достижения большей производительности и эффективности будет признаваться законным, оставаясь, одновременно, на усмотрении больницы.

Как следует из предыдущей дискуссии, предполагается, что глобальный бюджет будет сосуществовать с финансовыми распределениями из фондодержающих общеврачебных практик, использующих возмещение затрат по пролеченному (выписанному) случаю. К счастью для лечебных учреждений, стимулы, предлагаемые методом глобального бюджета, с одной стороны, и фондодержанием, с другой стороны, согласуются. Основное отличие состоит в том, что при фондодержании взаимодействие между больницей и поликлиникой будет укреплено практиками первичной помощи в такой степени, что может превысить стремление самой больницы держать под контролем использование (объем) стационарной помощи. Однако, как только больница научится правильно кооперировать, она сможет получить выгоду от вновь приобретенных навыков, используя их в условиях глобального бюджета. Глобальный бюджет мог бы дать больше свободы больнице в определении темпа перемещения помощи в амбулаторное звено. С другой стороны, больнице, работающей в условиях глобального бюджета, придется выходить за свои пределы и искать такие амбулаторные лечебные

учреждения, которые захотели бы научиться работать совместно с больницами по сдерживанию затрат.

В Кемерово были определены три потенциальных недостатка метода глобального бюджета

Во-первых, предполагается, что больницы попытаются максимизировать свою долю в рынке для увеличения гарантированного дохода от авансировано финансируемых услуг, увеличивая свой клинический объем, выравнивая риски резко отклоняющихся случаев. Покупателям услуг придется противостоять больницам для того, чтобы оградить систему от неблагоприятного структурного сдвига: возвращение к стационарным услугам. Это можно достичь введением прямой надбавки на клинический объем или, как альтернатива, регрессивным вовлечением покупателя в перестрахование для прекращения убытков. Чем больше гарантирован бюджет больницы, тем меньшая доля безрисковой страховки будет обеспечиваться плательщиком.

Вторым предостережением является то, что больница может повести себя ошибочно в финансируемый период, смещаясь от максимизации госпитализаций к отказу от госпитализаций. Последнее может превалировать в лечебном учреждении, стоящем перед фактом постоянного накопления негативного расхождения реальных затрат от запланированных. Чтобы сделать поведение больниц более устойчивым и предсказуемым, можно установить “коридор расхождений, оговоренный в контракте, т.е. ограничивая 10 процентами расхождения в выписках от запланированного уровня. Если процент расхождений выше, плательщику придется проводить тщательный анализ случая на месте для оценки причин неожиданно высокого расхождения в количестве госпитализаций или затрат от запланированного уровня. Ситуации такого плана предполагают, что критерии выписки и госпитализации должны оговариваться в контракте глобального бюджета, а также в любом другом типе возмещения затрат больниц, работающих на основе стимулов.

Следующий тревожный момент состоит в том, что больницы могут начать перемещать свою лечебную деятельность на периферийные источники финансирования и направления. Поскольку в любом случае глобальный бюджет авансируется, то может возникнуть соблазн аккумулировать все фонды глобального бюджета, и приступить к поискам прямых контактов с работодателями, поликлиниками, заключением перекрестных контрактов контактов со страховыми компаниями и т. д., одновременно препятствуя госпитализациям, входящим в основные договорные условия контракта. Качество помощи тоже может пострадать, поскольку больницы могут попытаться сэкономить деньги снижением интенсивности клинических групп.

ТАБЛИЦА 4. КОНКУРЕНЦИЯ В КЕМЕРОВО

По медицинскому страхованию: Девять страховых медицинских компаний получили лицензии на предоставление страховых полисов в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) в Кемеровской области. Они работают по соглашению с Территориальным фондом ОМС (ТФОМС). ТФОМС является единственным и основным покупателем, который вовлекает в процесс страхования частных подписчиков и передает им право подписания контрактов с работодателями, контроля за их выполнением, возмещения издержек медучреждениям, контроля за использованием ресурсов и качеством медпомощи, а также право принятия соответствующих мер по жалобам пользователей.

Даже с большим количеством страховщиков конкуренция ограничена до 3-4 городов, на территории которых работает более чем один заинтересованный в ведении дела подписчик. В малонаселенных сельских местностях и небольших городках потенциал рынка настолько невелик, что приложенные усилия чаще всего остаются невостребованными.

Каковы же основные механизмы конкуренции? - Это не цена. ТФОМС получает доход от страховых взносов со всех работодателей и распределяет средства среди подписчиков на основании формулы расчета ставки на одного жителя с учетом факторов риска. При этом, чистая величина взноса является фиксированной. Жестко регулируется маржа накладных расходов: она не должна превышать 5%. Прибыль запрещена. Следовательно, цена остается жесткой и практически нет возможности для получения прибыли. Качество медицинского обслуживания и отношение к клиентом соответственно являются основными факторами, которые влияют на предпочтения потребителя. К сожалению, для населения Кемерово и в условиях такой конкуренции, выражение "предпочтения потребителя" не всегда можно интерпретировать как "выбор потребителя". Групповое страхование работодателем и тот факт, что работодатели не обязаны предлагать своим сотрудникам более одной страховой программы, лишают потребителей права голоса в выборе страховщика.

По медицинскому обслуживанию: Вопреки официальным отчетам, финансирование на здравоохранение в Кемерово не было объединено в ТФОМС. Только 30% от общего объема финансирования формируется через ОМС, в то время как 70% и дальше поступает с дохода общего бюджета. ОМС поддерживает контрактное финансирование на конкурентной основе, тогда как облздравотдел работает по старым правилам бюрократического распределения бюджета. Нет необходимости говорить, что медучреждения не имеют мотивации бороться за 30%, пытаясь преуспеть в эффективности, качестве обслуживания и степени удовлетворения пациентов. Вместо того, они сосредотачивают свои "творческие" силы, чтобы путем получения доброжелательного отношения дающей руки, выпросить 70%. Роман Зелкович говорит: "*Конкуренция среди медучреждений существует в специфической пост-Советской форме: как получить допуск к столу и откусить кусок бюджетного пирога. ... Во времена новых экономических методов у нас было больше конкуренции, как между стационарным и амбулаторным секторами, так и между отдельными учреждениями. Не без причины в то время уровень госпитализации снизился на 17% (хотя продолжительность среднего пребывания в стационаре значительно не изменилась). З последние годы объем медпомощи на одного жителя даже вырос и остается на приемлемо высоком уровне - 3,3 дней в год.*

За последнее время сделаны решительные шаги по объединению основных источников финансирования в ТФОМС, появились условия для возникновения конкуренции между медучреждениями. Однако, сейчас уровень недофинансирования достиг таких масштабов, что многие руководители здравоохранения охвачены паникой. Теперь они выступают за общее пропорциональное распределение ресурсов, а не за выборочный саморегулируемый механизм, основанный на конкуренции.

Конкуренция могла бы быть наиболее безошибочным способом решения перечисленных проблем. Однако, может пройти немало времени, пока не сформируется рынок. Но даже тогда нормативно-регулирующие инструменты и деятельность будут играть важную роль. В частности:

- страховщик будет строго контролировать выполнение контракта больницами;
- больницы будут отчитываться о своей деятельности;
- база контроля качества будет усилена посредством аккредитации;
- на больницы будет накладываться штраф в случаях необоснованного расхождения в объеме помощи и выявления несоответствия услуг требованиям качества.

Введение глобального бюджета не пройдет гладко. Острый и усиливающийся дефицит наличности в общем лишает больницы способности кооперироваться по какому бы то ни было новаторскому введению. Эта общая проблема и для реформ здравоохранения в Кемерово, и для России в целом. Более конкретно, больничные главврачи могут предпочесть игнорировать все методы финансирования, которые ограничивают их неограниченную власть в принятии решения, кого и в каком количестве нужно госпитализировать, каким образом и в течение скольких дней лечить больного. Только проверка и опыт ошибок покажут, готовы ли руководители больниц поступиться своим административным и профессиональным суверенитетом ради предполагаемого более лучшего финансирования и более высокой законно заработанной прибыли.

6.2.6 Оплата лечебных учреждений на стороне

Обеспечителю помощи, заключившему контракт с ИСЗ, придется предусмотреть и затраты на услуги, обеспечиваемые лечебными учреждениями, не являющимися участниками ИСЗ. Например, центральная участковая (районная) больница, являющаяся членом ИСЗ, будет направлять своих пациентов в областную клиническую больницу, не имеющую отношение к ИСЗ. Услуги, покупаемые на стороне, должны являться фактором интегрированного подушевого финансирования. Это сделает лечебные учреждения--участников ИСЗ -- более бережливыми в использовании этих услуг. Зачастую они являются более дорогостоящими, чем аналогичные услуги, имеющиеся внутри ИСЗ. Потоки направлений необходимо анализировать и уровень направлений в лечебные учреждения более высокого ранга необходимо скорректировать по убывающей по сравнению с базовым нормативом. Некоторые из прогнозируемых затрат могут быть предоплачены лечебным учреждениям на стороне. Авансированное возмещение затрат должно зависеть от готовности стороннего обеспечителя услуг соответствовать стандартам ИСЗ. Лечебные учреждения --участники ИСЗ -- могут быть вознаграждены, поддерживая уровень направлений в лечебные учреждения на стороне на минимуме.

Чтобы сделать эту систему в полной мере состоятельной, необходимо попросить подписчиков ИСЗ проводить соплату за самообращение в лечебные учреждения на стороне.

6.2.7. Заключение контрактов и обсуждение условий

Обеспечители помощи различного функционального профиля и административного статуса, как предполагается, должны договориться по следующим вопросам: (i) их доля в подушевом финансировании; (ii) набор и объем услуг, которые будут ими обеспечиваться; (iii) стандарты обоснованности лечения, объема помощи и производительности; (iv) договоренность по совместному разделению риска.

Сторонники кемеровской модели ИСЗ предлагают, что контракты должны быть подписаны между следующими участниками ИСЗ:

- плательщиком, т.е. медицинским страховщиком, и общей врачебной практикой;
- плательщиком и больницей (на основе авансированного глобального бюджета);
- поликлиникой и обеспечителем вспомогательных услуг;
- общей врачебной практикой и больницей;
- поликлиникой и отделением скорой помощи;
- плательщиком и аптекой -- участницей ИСЗ;
- общей врачебной практикой и обеспечителями помощи на стороне.

Предполагается, что покупатели помощи будут определять и направлять процесс обсуждения условий. На основе предварительного анализа страховщик примерно определит подушевой норматив по конкретным долям обеспечителей услуг. За обсуждением условий может последовать сегментирование системы доставки помощи (первая первичная помощь, специализированная помощь и стационарная), по административному статусу (начиная от сельских лечебных учреждений и кончая областным Диагностическим Центром и Областной клинической больницей), по предполагаемому статусу обеспечителя услуг в ИСЗ (ЛПУ -- участники ИСЗ и на стороне), или по любому другому альтернативному принципу. Обсуждение условий может вестись один на один, или совместно, т.е. с лечебными учреждениями первичной и специализированной помощи.

Предполагается, что обсуждение условий должно фокусироваться на следующих вопросах и включать следующие виды деятельности:

- Анализ деятельности ИСЗ в базовый периоды в целом и по отдельным компонентам. Будут определены проблемные области, как, например, высокий уровень случаев необоснованных госпитализаций, чрезмерный

срок госпитализации, подскочивший уровень направлений к узким специалистам, необоснованное назначение дорогостоящих лекарственных препаратов и т.д. Эксперты, представляющие плательщика, будут предоставлять отчеты и рекомендации, делая упор на возможности усиления амбулаторного сектора, и, в частности, первичной помощи. Необходимо рассмотреть следующие вопросы: Какие дополнительные услуги вполне можно обеспечить в условиях поликлиники? Каким образом можно стимулировать поликлиники к обеспечению этих услуг? Какая подготовка, технологии потребуются врачам для выполнения новых функций и процедур? На какие типы направлений необходимо получить согласие покупателя услуг?

- Показатели для оценки продвижения к поставленным целям по затратам и качеству помощи будут определены по каждому уровню помощи. Эти показатели могут быть разбиты по специальности, диагностическим группам, конкретным услугам. Например, можно определить цель сократить объем больничной помощи с 500 до 450 дней на 1000 застрахованных. Ограничивая использование помощи, этот контракт также будет определять критерии качества помощи и удовлетворения пациента. Предполагается, что будут запланированы целый ряд взаимосвязанных видов деятельности для оказания помощи и врачам, и руководителям в достижении поставленных целей.
- Поскольку большинство возможностей для оптимизации использования ресурсов связаны с первичной помощью, учреждениям первичной помощи будет предложено принять на себя дополнительный объем лечебной работы, относящейся к конкретным профилактическим мероприятиям, процедурам или диагнозам. Например, если покупатель услуг придет к выводу, что пациенты с остеохондрозом чрезмерно направляются в неврологическую специализированную помощь, он может переместить часть соответствующих случаев общепрактикующему врачу, с соответствующей прибавкой к его/ее части подушевого бюджета.

Когда несколько организаций -- обеспечителей услуг, как, например, организации ИСЗ, вступят в конкуренцию за тот же самый набор услуг и/или участок обслуживания, то, предполагается, покупатель устроит тендер и выберет наиболее подходящего обеспечителя услуг.

По окончании обсуждения условий, доход каждого обеспечителя услуг -- участника ИСЗ -- не будет более зависеть от перемещения помощи между ними. А это снимет финансовые стимулы с фондодержавших учреждений первичной помощи не направлять пациентов в специализированную помощь. Опасение, которое высказывалось не раз в отношении того, что общеврачебные практики могут злоупотреблять своими возможностями распределения ресурсов, будет исключена.

6.2.8 Условия разделения риска

Будучи общеродовой моделью, фондодержание предполагает, что финансовые риски должны разделяться между покупателями и обеспечителями помощи на каждом уровне ИСЗ. Чрезмерное использование объема помощи сверх подушевого финансирования ухудшит положение обеих контрактирующих сторон.

Условия разделения риска играют критически важную роль для поликлиник. Занимая внутри ИСЗ положение фондодержателя нижнего уровня помощи, поликлиника может оказаться перед лицом ситуации, когда ее пациенты не смогут получить доступ к помощи на уровне направлений в специализированные лечебные учреждения, если такие направления быстро истощат их бюджет. Не говоря уже о том, что такая ситуация может произойти и в самой поликлинике.

Какие нужно применить средства, чтобы предупредить и избежать структурные искажения внутри ИСЗ, таким образом сводя к минимуму общие риски обеспечителя услуг и, одновременно, обеспечивая права пациента? Конкретные условия могут отличаться по типу лечебного учреждения, что должно быть концептуально разработано кемеровскими реформаторами. Перестрахование, однако, следует рассматривать только как дополнение к контролю обоснованности лечения и его результатов. Защита прав потребителя посредством четко определенных процедур рассмотрения жалоб также может быть инструментом поддержания направлений и методов на оптимальном уровне.

6.2.9 Стимулы повышения производительности и качества

Контракты ИСЗ могут предусмотреть создание фонда рисков/стимулов для стимулирования лучшей эффективности и производительности помощи. Основным назначением такого фонда было бы способствовать сотрудничеству группы технологически взаимосвязанных лечебных учреждений для достижения предварительно договоренных целей экономической эффективности и контроля качества. Эти лечебные учреждения разделяли бы финансовые последствия негативного расхождения цен, а также выгоду, полученную от повышения производительности. Поступления в такой фонд риска/инициатив будут производиться в виде отчислений от субподушевого бюджета каждого лечебного учреждения.

Распределение средств обеспечителям услуг будет производиться в соответствии с совместно одобренными правилами и процедурами.

Например, целью может быть снижение объема больничной помощи по астме детей на 20%, улучшая раннюю диагностику, назначая негармональные

лекарственные препараты и т.д. Стационарная сумма фиксируется в количестве на 20% ниже базового уровня и откладывается в сторону. Вовлеченные в этот процесс обеспечители услуг, например, педиатры, пульмонологи, аптека и больница будут делать отчисления из своих авансированных подушевых бюджетов и откладывать их в общий фонд

**ТАБЛИЦА 5. УКРЕПЛЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ И ПЕРВИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ В
КЕМЕРОВО: ФАКТЫ И ЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

- В 1994-96 гг. в Кемеровской области было открыто 14 групповых и 3 индивидуальных общие практики. Из них три работают как отдельные медучреждения и 14 как структурные подразделения поликлиник. Радиус зоны обслуживания -- 1-1,5 км в городских районах и 10-12 км в сельской местности. За одной общей практикой закреплено 1500- 2000 населения.
- Каждый держатель страхового полиса по ОМС имеет право выбора врача первичной помощи.
- Уровень обеспечения стационарными койками в 1992- 1996 гг снизилось от 123,4 до 105,1 на 10000 населения. Поскольку очередей на поступление в стационар зафиксировано не было, то следует предположить, что сокращение койко-фонда не повлияло на доступность стационарной помощи.
- Уровень госпитализации на протяжении 1992- 1996 гг. снизился от 228 до 211 случаев на 1000 постоянно проживающего населения.
- Годовое подушевое количество посещений врача возросло в период 1992-1996 гг. от 9,0 до 9,8 случаев.
- Количество коек дневного стационара возросло от 810 в 1992 году до 1435 в 1996 году, в то время как количество пациентов, получивших лечение, возросло от 41527 до 67777 человек.
- Объем амбулаторной хирургии возрос больше чем в четыре раза и достиг 463920 операций в 1996 году, тогда как в 1992 он составлял 111938.

риска/стимулов. Если сумма, предназначенная на астму, используется до конца года, превышающие затраты будут покрываться из фонда рисков и стимулов. И наоборот, какая бы прибыль ни была получена на экономии средств, предполагается, что она будет распределена в виде премиальных выплат членам фонда. Плательщик может пожелать сделать и свой вклад в

фонд риска/стимулов для укрепления возможностей перестрахования и повышения дохода.

Предполагается, что такая организация дел усилит стремление обеспечителей услуг -- участников ИСЗ, координировать свои стратегии по лечебной работе и использованию ресурсов. Важно то, что такая организация не стимулирует повышение объема помощи и ее интенсивности, что часто становится нежелательным побочным эффектом методов возмещения затрат по результатам деятельности. Здесь в разумной степени сбалансированы негативные и позитивные стимулы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вышеописанные отдельные части концептуально-методологических нововведений подтверждают, что Кемеровская область продолжает поиск более эффективной и производительной помощи для населения. Преследуя эту стратегическую цель, группа преданных новаторов, которой оказывает помощь команда международных экспертов, -- в 1994-1995 годах это была программа ЗдравРеформ -- продолжают развивать и проводить апробацию сложных механизмов распределения ресурсов в сектор здравоохранения и внутри него, а также перестраивать систему доставки медицинской помощи. От совершенствования систем финансирования, предназначенных для конкретных типов обеспечителей услуг, архитекторы кемеровских реформ двигаются к построению интегрированных систем здравоохранения. Ставятся следующие задачи: (i) достичь лучшей координации помощи для улучшения здоровья населения; (ii) улучшить контроль качества, использование ресурсов и затратной эффективности, выравнивая технологически взаимосвязанных обеспечителей услуг общими целями; (iii) закончить переход от механизмов административного контроля к саморегулирующим механизмам интеграции всех уровней помощи, осуществления контроля над обоснованностью предоставляемой помощи, и сдерживанием затрат. Эта новая появляющаяся линия реформ строится на, фактически, всех результатах опыта, накопленного в Кемерово за последние 10 лет. Реформаторы СНГ, которые хотят перенять опыт Кемерово, должны фокусироваться на экспериментальном опыте Кемерово по интегрированным системам здравоохранения. Это поможет аналитикам проанализировать формулы регионального подушевого финансирования, возмещение затрат по клиническим группам, контроль качества и системы обработки данных, разработанные в Кемерово ранее. Как говорилось в вступлении, задокументированных реальных результатов не имеется. Большинство реформ все еще находятся в стадии разработки или на начальной стадии практического внедрения.

Можно выделить следующие общие подходы в тенденциях политики здравоохранения в Кемерово на настоящий момент:

1) Предлагается стратегический сдвиг от отдельно финансируемых учреждений здравоохранения к интегрированной системе доставки помощи, которая бы получала авансировано выплачиваемый подушевой бюджет для обеспечения заранее оговоренного всеобъемлющего пакета услуг для приписанного (подписавшегося) населения.

2) Финансы здравоохранения, поступающие из основных источников как, например, ОМС или общий доход бюджета, необходимо аккумулировать по различным причинам и, особенно, для того, чтобы способствовать появлению новых ИСЗ.

3) Обеспечители первичной помощи, если они уже не являются участниками полностью интегрированных ИСЗ, должны стать частичными фондодержателями, т. е. авансировано финансируемыми обеспечителями/покупателями широкого ассортимента амбулаторных услуг и, частично, больничных услуг.

4) Смещение от ретроспективного к авансированному финансированию вытекает из вышеперечисленных изменений, однако, стоит еще раз подчеркнуть, что этот переход представляет критически важное изменение в методах возмещения затрат обеспечителей услуг. Процедуры обсуждения условий должны быть разработаны под руководством покупающих организаций для определения нормативов авансированного финансирования.

5) Глобальный бюджет, скорректированный по клиническим группам для устанавливаемых на будущее набора и объема услуг, должен быть тщательно рассмотрен как многообещающая базовая модель финансирования стационаров.

6) Условия разделения риска должны быть разработаны как ключевой элемент ИСЗ и авансированного подушевого финансирования.

7) Механизмы сбалансирования потенциально негативных эффектов фондодержания и глобального бюджета должны быть введены в действие своевременно.

Потребуется экстенсивная экспериментальная работа для трансформирования перечисленных нововведений из теоретических подходов в рабочие механизмы. Другой сложной задачей является интегрирование многочисленных хороших методик в одну согласованную систему. Органы здравоохранения общегосударственного уровня в России и других странах СНГ, возможно, захотят применить концепции и модели, разработанные в Кемерово, к своим системам здравоохранения. Это бы ускорило ход экспериментальной апробации и практического внедрения этих потенциально жизнеспособных моделей.

ПРИЛОЖЕНИЕ: ОБЗОР РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: СПРАВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОПЫТА КЕМЕРОВО

Впервые реформаторы здравоохранения четко выразили цели общегосударственной реформы системы здравоохранения в 1989 -1990 годах, когда они предложили новую модель финансирования и управления для обеспечения услуг, создания равных условий, и повышения производительности. Для достижения этих целей, как предполагалось, механизм распределения фондов, основанный на медицинском страховании, должен был дополнить недостаточное финансирование здравоохранения; считалось, что децентрализация управления, сделает руководство более чутко реагирующим на местные нужды и укрепит механизмы давления; что заключение контрактов на конкурсной основе и возмещение затрат по результатам деятельности создаст стимулы для обеспечителей услуг к обеспечению помощи, одновременно поощряя стремление к минимизации издержек производства.

Механизмы проведения реформ

Акт о медицинском страховании, который был принят летом 1991 г., и к которому в начале 1993 г. были сделаны поправки, является законодательной основой реформ сектора здравоохранения в России. Этот акт дает право всему населению России на всеобщее государственное медицинское страхование, финансируемое из двух источников: целевого налога на фонд заработной платы, налагаемый на работодателей (предприятия) для страхования своих служащих, и бюджетных премиальных выплат для страхования государственных служащих и неработающее население. Отчисления из этих двух источников аккумулируются во вновь созданных территориальных фондах обязательного медицинского страхования (ОМС), которые финансируют аккредитованные лечебные учреждения на основе контрактов для обеспечения необходимых услуг здравоохранения пациентам. Поскольку каждая территория может расширить свой пакет услуг ОМС, чтобы включить помощь, представляющую местную значимость, базовый пакет услуг включает почти все.

Или местные отделения Фонда ОМС, или некоммерческие страховые компании, заключают контракты с работодателями на ОМС, возмещая затраты и осуществляя контроль за обеспечителями услуг. Фонд ОМС выплачивает страховым компаниям подушевой норматив с поправочным поло/возрастным коэффициентом на каждого застрахованного. Поскольку норматив (участка) ограничивает отбор рисков, конкуренция между страховыми компаниями фокусируется на доле в рынке, преимущества при такой конкуренции получает та страховая организация, которая наиболее привлекательна для потребителя при ведении дел с работодателем, многое зависит от умения этой организации добиваться выплат налога, умения сдерживать свои административные расходы, а также способности получать

одобрение со стороны Фонда, эффективно осуществляя контроль качества помощи.

Медицинское страхование в России -- характеризуемое наличием всеобщего охвата населения, единым фондом, куда выплачиваются премиальные взносы, основной ролью государственного финансирования, а также отсутствием опыта -- может наиболее четко сравнить с Канадской системой. В России введение ОМС ознаменовало революционный шаг в направлении отделения финансирования здравоохранения от обеспечения услуг. Система доставки услуг, хотя и являлась целью новаторских экспериментов 80-х годов, осталась, в большой степени, за рамками повестки дня реформ в 90-х годах. Лечебные учреждения не получили законного (официального) разрешения на автономию. Методы возмещения затрат по результатам деятельности, хотя и были провозглашены предпочтительным подходом, не были введены в действие. Смещение в сторону амбулаторной помощи в целом и первичной помощи в частности, не было определено ни как структурная политика, ни как цель, построенная на стимулах. Потребители не оказывали давление на лечебные учреждения с тем, чтобы обеспечение помощи сопровождалось стремлением к минимизации затрат.

Ход осуществления реформ

После года организационного беспорядка, реформы медицинского страхования взяли старт в 1994 году и с тех пор постепенно набирают движущую силу. Данные января 1995 года вскрывают целый ряд тенденций, свидетельствуют о достижениях и проблемах.

(1) Была создана административная сеть ОМС. Территориальные фонды ОМС в настоящий момент функционируют в 86 из 89 территорий Российской Федерации. 1.103 отделения обслуживают местные участки в качестве центров ОМС по проведению операций, среди них 571 отделение выполняет функции андеррайтинга (заключение договоров на страхование). Штат ОМС насчитывает 10.500 человек.

(2) Охват ОМС постепенно расширяется, но, все еще остается далеким от всеобщего. Охват страхованием учетверился в период между серединой 1993 года и началом 1995: 71,9 миллиона человек, или 48,2 процента населения России получили полисы ОМС.

(3) Правительство, которое наряду с работодателями, является одной из двух движущих сил ОМС, по-прежнему неохотно распределяет бюджетные средства в Фонды ОМС. Хотя государственные отчисления должны покрывать 56 процентов населения, в настоящий момент оно оплачивает только 24 процента зарегистрированных. В 1994 году, хотя эти числа резко поднялись вверх по отношению к 1993 году, только 51 территория смогла аккумулировать фонды государства и работодателей.

(4) Норматив выплат от работодателей достиг 90,9 процента, что является доказательством того, что система ОМС сбора налогов является дееспособной в большинстве случаев.

(5) Местные суботделения (филиалы) Фонда ОМС только на 16 территориях сосуществуют с частными страховыми компаниями, которые с самого начала рассматривались не как партнеры, а как конкуренты. На этих 16 территориях филиалы фонда и независимые страховые компании имеют сравнимые доли в деятельности ОМС. На 30 территориях страховые компании имеют гораздо большую долю в бизнесе ОМС, в то время, как на 40 территориях доминируют филиалы. Модель разделения труда между двумя системами организаций на общегосударственном уровне следующая: независимые страховые компании фокусируются на андеррайтинге работодателей подписанием с ними контрактов. Филиалы специализируются на возмещении затрат лечебных учреждений. Они осуществляют 30 процентов платежей ОМС медицинским учреждениям (территориальные фонды ОМС напрямую переводят 70 процентов платежей), в то время, как страховые компании управляют возмещением затрат.

(6) Затраты ОМС 1994 года в итоге фокусировались на главной цели: распределение средств в медицинские учреждения выросли с 27,5 процента от суммы общих расходов ОМС в 1993 году до 74,6 процента в 1994 году. В 67 фондах были введены системы возмещения затрат по предъявленным счетам и приведены в практическое действие (на регулярной основе).

(7) Административные накладные расходы находились под контролем и составляли не более 1,4 процента от федеральных затрат ОМС и 2,8 процента от территориальных расходов. Интерпретация столь замечательных цифр может быть вопросом дефиниций; однако, например, если учебную подготовку, исследования в области страхования, налоги на доход с инвестиций классифицировать как накладные расходы, то пришлось бы добавить еще 12,9 процента к накладным расходам Федерального Фонда ОМС. С другой стороны, преимущественно монополистическая структура рынка территориального медицинского страхования в России делает систему потенциально экономически эффективной с точки зрения административных затрат. Россия приблизилась бы ближе к Канаде с 6 процентами накладных, чем к США с 25 процентами накладных расходов.

(8) Широкомасштабная тенденция состоит в чрезмерном аккумулировании резервов. Нет нужды упоминать, что все фонды ОМС подвергаются искушению наличием высокоприбыльных финансовых механизмов инвестирования структуры. К их чести, однако, следует отметить, что подстраховка от потерь, связанных с инфляцией, все еще остается обоснованной проблемой и при столь неустойчивой экономике, как в России, эта подстраховка может, в результате, привести ко всякого рода “творческим” инвестиционным инициативам со стороны фондов ОМС.

(9) Метод финансирования больниц по пролеченному (выписанному) случаю, как свидетельствует отчетность, доминирует в системе ОМС, в то время, как амбулаторные лечебные учреждения все еще финансируются через годовые глобальные бюджеты, не имеющие отношения к результатам деятельности. В общем и целом, нововведения медицинского страхования пока еще не переведены в задачи экономической эффективности в системе доставки помощи. Таким образом, важная задача реформ остается нерешенной и размывается. С улучшением экономической ситуации можно ожидать стремительного роста затрат в секторе здравоохранения в отсутствие мер по сдерживанию затрат.

Уроки, вынесенные из опыта стран СНГ

После 4 лет опыта первопроходцев в области ОМС, России есть что сказать тем странам, которые в настоящий момент исследуют аналогичные механизмы и хотят разработать сбалансированную и всеобъемлющую повестку дня реформ здравоохранения.

Подводя итог, можно сказать, что опыт России предполагает следующее: Во-первых, ОМС не должно рассматриваться как единственный или основной вопрос реформ здравоохранения. Во-вторых, любая попытка реформирования здравоохранения обречена на провал, если она не направлена непосредственно на нужды обеспечителей услуг и потребителей услуг, основных держателей акций в этой системе. В-третьих, создание нового источника финансирования, что требует введения параллельной системы административного управления, ведет к усилению административной неразберихи и методологического несоответствия, что может перевесить доход от введенных премиальных отчислений на медицинское страхование. В-четвертых, вплоть до возникновения конфликтов между старыми бюрократическими органами (сеть Минздрава) и новыми (сеть ОМС), доминирующее положение получит та сторона, которая перехватит методологическое руководство реформами, т.е. определит по-настоящему значимые проблемы, и будет сотрудничать с медицинскими работниками, работодателями и потребителями для достижения всеобъемлющих решений этих проблем. В-пятых, реформы не должны открывать путь бюрократической логике (см. предыдущий пункт). Органы здравоохранения области и территориальные фонды ОМС могут действовать под одной административной крышей и выступать как партнеры без перехлестывания функций, определенных инструкциями (см. ниже).

Роль фонда ОМС

Фонд ОМС и органы здравоохранения области могут работать в условиях ОМС и, одновременно, избегать разрушения в секторе здравоохранения, к которому могут привести конфликты. Было бы ошибкой для Федерального и Областных фондов ОМС слишком узко фокусироваться на своих финансовых функциях, стараясь переиграть МЗ на своих традиционных скачках. Может

пройти немало времени. пока МЗ согласится во имя общего блага аккумулировать государственный бюджет здравоохранения с премиальными взносами ОМС. До того, как это произойдет, МЗ будет сохранять свою финансовую власть, а главврачи будут продолжать рассматривать МЗ как законную покупающую организацию. Более того, даже если финансы будут идти через ФОМС, до той поры, пока фонды ограничивают свою роль, сводя ее к сбору премиальных отчислений и их распределению лечебным учреждениям так же, как это в прошлом делал МЗ, система ОМС будет политически уязвимой и незащищенной. МЗ будет вправе задать вопрос: Какой смысл в ОМС, если Министерство само может собирать премиальные отчисления от работодателей и использовать этот дополнительный источник финансирования без оплаты дополнительных накладных расходов для поддержки сети ФОМС?

Чтобы завоевать право на существование, ФОМС придется утверждать себя введением радикально новых подходов к финансированию лечебных учреждений за свои услуги. Независимо от того, сколь лимитировано будет возмещение затрат на начальном этапе, ФОМС следует очень серьезно рассмотреть введение новых методов финансирования, которые могли бы привнести с собой стимулы для лечебных учреждений, свободу выбора для потребителя, отчетность и прозрачность системы здравоохранения для группы подписчиков и регулирующих органов (страхователей и страховщиков). Стоит стратегически рассмотреть следующие возможности: создание интегрированных систем доставки помощи, обеспечивая им широкую автономию и статус полного фондодержания, возмещаая их затраты на основе авансированного подушевого финансирования. Такие подходы будут привлекательны для лечебных учреждений, а ФОМС получит признание за проявленную активность, профессиональную компетенцию, общее чувство лидерства. Создавая свою политическую базу среди обеспечителей услуг, потребителей и работодателей сначала в роли методологического лидера в системе здравоохранения, ФОМС затем станет достаточно влиятельным для того, чтобы перенять основную часть государственного бюджета здравоохранения, если это будет предусмотрено национальной законодательной базой ОМС.

Роль Министерства здравоохранения

Отказ от чрезмерной регламентации как основополагающий принцип реформы здравоохранения, нельзя путать с размыванием регулирующей власти государства в секторе здравоохранения. Фактически, регулирующие функции политического центра будут расширены до новых, до сей поры игнорируемых, областей. МЗ и областные департаменты здравоохранения будут держать под контролем интенсивность структурного перемещения в секторе здравоохранения для того, чтобы предотвратить разрушение системы доставки помощи и обеспечить справедливые правила игры -- время на проведение корректировок -- для относительно неконкурентноспособных

лечебных учреждений. Государство будет контролировать перестройку структуры в условиях рынка и предупреждать монополистические тайные соглашения. Решения, принимаемые по каждому случаю будут защищать определенные лечебные учреждения и общеврачебные практики от банкротства при условии отсутствия альтернативных источников помощи. МЗ будет играть важную роль в лицензировании и аккредитации, развитии систем контроля качества по результатам деятельности, проведении технологических оценок, разработке лекарственных формуляров, регистрации пациентов и кодовых клинических баз данных. В более широком поиске методологического лидерства, МЗ могли бы вести в области: (1) разработки образцов контрактов и регулировании отношений между лечебными учреждениями; (2) клинические классификационные перечни для разработки тарификаторов; (3) руководство по рационализации деятельности лечебных учреждений и восстановления затрат.

Министерство здравоохранения может играть значительную роль в профессиональном трудоустройстве и улучшении экономического положения смещенного медицинского персонала, а может, даже, и управлять общегосударственной базой данных, что могло бы соотносить избыточную рабочую силу и новые вакантные рабочие места. Другая новая функция, которую можно рассмотреть, -- разработка лечебно-операционных характеристик новых типов учреждений, как, например, амбулаторные хирургические центры, центры подострой помощи, дома сестринского ухода, хосписы. Эти виды помощи, скорее всего, постепенно появятся в процессе формирования рынка для оптимизации системы доставки помощи. У МЗ появится еще более возможностей для того, чтобы перенять на себя больше функций, которые будут исходить из всеобщей либерализации отношений между обеспечителями услуг и потребителями медицинских услуг, т. е. принятие мер по жалобам потребителей и снятие конфликтов между обеспечителями услуг; организация и совместное спонсирование страхования неадекватного лечения (некоторые их вышеперечисленных функций можно было бы выполнять совместно с ФОМС).

Стратегия реформы политики в здравоохранении: взгляд в целом

Реформа здравоохранения не должна в итоге свестись к введению медицинского страхования. Вместо этого, она должна охватить широкий круг вопросов, которые смогли бы провести всеобъемлющее изменение внутренней структуры сектора здравоохранения. Необходимо провести основное смещение парадигмы от командно-контрольной системы организации здравоохранения к саморегулирующей системе, основанной на автономии обеспечителей услуг; стимулирующих методах распределения ресурсов и возмещения затрат на предоставленные услуги, выборе потребителем врачей первичной помощи, управляемой конкуренции и сдерживании затрат - усиленные через фондодержание, непостоянным бюджете, отказ от чрезмерной регламентации практики управления трудовыми ресурсами

сектора здравоохранения и контролем качества по лечебным результатам, а не по ограничивающего, нормативно-регулирующего микроуправления лечебной практикой.

С точки зрения ключевых руководящих фигур, доверие к потенциалу самоурегулирования лечебных учреждений должно рассматриваться как политически выгодный подход к реформированию здравоохранения. Решения о закрытии избыточных больниц и перемещении избыточного персонала будут приниматься внутри учреждений: только жизнеспособные учреждения смогут конкурировать при заключении контрактов с фондодержателями, в то время, как затратонеэффективные и/или неэффективные в плане качества услуг лечебные учреждения будут вытеснены постепенно из рынка посредством самоопределяющих контрактно-аккредитационных механизмов. Медицинские работники, вооруженные экономическими стимулами и стоящие перед финансовыми рисками, будут саморегулировать свою деятельность в целях структурной корректировки сети лечебных учреждений и рационализации лечебных учреждений. Ответственность государства за политически непопулярные решения, унаследованная от централизованно управляемой системы здравоохранения, будет снижена.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Coburn J. Developing and Testing Methods of Payment for Ambulatory Health Services. Technical Assessment, Findings, and Recommendations. Kemerovo, Russia. ZdravReform program: Trip Report No. Rus-14, 1994, 15pp.
2. Isakova L. E., Zelkovich, R. M. Health Insurance Experiments in Kemerovo. Research Report. 33 pp.
3. Rice J.A., Sheiman I.M. Kemerovo: Ten Years of Change and Innovation of Health Care: 1986-1996. Lessons for 21st Century? Moscow, June 1996, 20 pp.
4. Sheiman I. Developing Integrated Health Care Delivery and Funding Systems in Russia (Health Maintenance Organizations) March 1996, 26 pp.
5. Sheiman I. Forming the System of Health Insurance in the Russian Federation. Soc. Sci. Med., Vol. 39: 10, 1425-32.
6. Shieber G. J., Poullier J. -P., Greenwald L. M. Health System Performance in OECD Countries, 1980 -- 1992. Health Affairs, Fall 1994: 100-112.
7. Андреева М.Б. и др. Медико-страховые интегрированные системы (Учебное пособие). Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Страховая медицинская организация ОБК "Кузбасс"; Москва-Кемерово, 1996. 171 с.
8. Литвиненко Н. Я. и др. Многоуровневая система стационарной помощи. Методическое пособие. Программа ЗдравРеформ, Москва-Барнаул, 1996, 35 с.
9. Нелепина Н.В. и др. Разработка и апробация модели медико-страховой интегрированной системы. Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Страховая медицинская организация ОБК "Кузбасс"; Москва-Кемерово, 1996, 21 с.
10. Седачева Л.А. и др. Создание общих врачебных практик. Учебное пособие. Программа ЗдравРеформ, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Москва-Кемерово, 1996, 170 с.
11. Фрид Э.М. и др. Методология разработки и экономического обоснования Базовой и Территориальной программ ОМС. Учебное пособие. Программа ЗдравРеформ, Москва-Барнаул, 1996, 85 с.
12. Фрид Э.М. и др. Разработка и использование новых методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи. Городская больничная касса (г. Кемерово); Кемерово, 1996, 117 с.
13. Демографический ежегодник России. Официальное издание М.: Госкомстат России, 1995, 494 с.

14. Экономика России. Январь- сентябрь 1996 г. М.: Госкомстат России, 1996, 282 сс.